



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Cultura de seguridad del paciente y toma de muestra de
sangre del personal en los laboratorios de la Red de
Salud Huaral – Chancay, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Br. Minaya Higinio, Giovanna

ASESOR:

Mg. Sánchez Coronel, Danilo Américo

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERÚ – 2018

Pagina del jurado

Dr. Joaquin Vertiz Osoreo
Presidente

Dr Jorge G. Laguna Velazco

Secretario

Dra Gladys Elisa Sánchez Huapaya

Vocal

Dedicatoria

A Dios quien me da fe, fortaleza, vida y salud para lograr mis objetivos.

A mi madre quien siempre me motiva a salir adelante y cumplir mis sueños.

Agradecimiento

A Dios, quien nos da la inteligencia y sabiduría para cumplir una meta trazada. A mis padres quienes con su esfuerzo y apoyo incondicional contribuyeron con mi desarrollo personal y profesional. A la Universidad César Vallejo por brindarnos la valiosísima oportunidad de continuar aprendiendo a través del ejercicio público, para lograr así una educación de calidad para una sociedad más justa.

Declaratoria de autenticidad

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude, plagio, autoplagio, piratería o falsificación asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, Diciembre del 2016

Br. Giovanna Minaya Higinio
DNI 40412680

Presentacion

Señores miembros del Jurado:

Presento ante ustedes la Tesis titulada “Cultura de seguridad del paciente y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016”, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de los servicios de la salud.

La presente investigación consta de los siguientes capítulos:

El Primer capítulo, referido a los antecedentes, marco teórico, el cual abarca las, diferentes teorías de las variables en estudio, justificación, planteamiento y formulación del problema, hipótesis y objetivos.

El Segundo Capítulo, marco metodológico, donde se presentan las variables, metodología, la población y la muestra, los instrumentos utilizados y el método de análisis de datos.

El Tercer Capítulo, se presentan los resultados: descriptivos y contrastación de hipótesis, la discusión, las conclusiones deducidas del análisis estadístico de los datos, así como las sugerencias y los aportes que permitirán justificar la presente investigación.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado, recibimos con beneplácito vuestros aportes y sugerencias para mejorar, a la vez deseamos sirva de aporte a quienes deseen continuar un estudio de esta naturaleza.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La autora

Lista de contenido

	Página
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Lista de contenido	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	xii
Resumen	xiv
Abstract	xv
 I. Introducción	
1.1. Antecedentes	17
1.1.1. Internacionales	17
1.1.2. Nacionales	24
1.2. Fundamentación científica, técnica y humanística	26
1.3. Justificación	51
1.4. Problema de investigación	52
1.5. Hipótesis	56
1.6. Objetivos	57
 II. Marco metodológico	
2.1. Variables	60
2.2. Operacionalización de la variable	61
2.3. Metodología	63
2.4. Tipo de estudio	63
2.5. Diseño de investigación	63
2.6. Población, muestra y muestreo	65
2.6.1. Población	66
2.6.2. Muestra	66
2.6.3. Muestreo	66

2.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
2.7.1.	Validación y confiabilidad del instrumento	67
2.7.2.	Instrumento	68
2.8	Método de análisis de datos	71
2.9	Aspectos éticos	72
III.	Resultados	
3.1.	Descripción de resultados	74
3.2.	Contraste de hipótesis.	85
IV.	Discucion	93
V.	Conclusiones	99
VI.	Recomendaciones	102
VII.	Referencias	106
Anexos		
A. Matriz de consistencia		
B. Instrumentos de toma de datos		
C. Base de datos		

Lista de tablas

		Página
Tabla 1	Operacionalización de la variable cultura de seguridad del paciente	60
Tabla 2	Operacionalización de la variable toma de muestra de Sangre	61
Tabla 3	Análisis de consistencia interna de las variables Cultura de seguridad del paciente y toma de muestra de sangre	66
Tabla 4	Niveles de cultura de seguridad del paciente del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	73
Tabla 5	Niveles de percepción de la dimensión seguridad en el área de trabajo del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	74
Tabla 6	Niveles de percepción de la dimensión seguridad brindada desde la dirección del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	75
Tabla 7	Niveles de percepción de la dimensión seguridad desde la comunicación del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	76
Tabla 8	Niveles de percepción de la dimensión frecuencia de sucesos notificados del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	77
Tabla 9	Niveles de percepción de la dimensión seguridad desde el nivel de atención primaria del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	78

Tabla 10	Niveles de la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	79
Tabla 11	Niveles de percepción de la dimensión identificación del paciente del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	80
Tabla 12	Niveles de percepción de la dimensión almacenamiento y búsqueda de información del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	81
Tabla 13	Niveles de percepción de la dimensión solicitudes de prueba de laboratorio del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	82
Tabla 14	Niveles de percepción de la dimensión notificación de errores y sugerencias del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	83
Tabla 15	Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016	84
Tabla 16	Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios en la Red de Salud Huaral Chancay, 2016	85
Tabla 17	Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016	86

Tabla 18	Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios la Red de Salud Huaral Chancay, 2016	87
Tabla 19	Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios la Red de Salud Huaral Chancay, 2016	88
Tabla 20.	Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios la Red de Salud Huaral Chancay, 2016	89

Lista de figuras

	Página
Figura 1	73
Barras Niveles de cultura de seguridad del paciente del Personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016	
Figura 2	74
Barras Niveles de percepción de la dimensión seguridad en el área de trabajo del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	
Figura 3	75
Barras Niveles de percepción de la dimensión seguridad brindada desde la dirección del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	
Figura 4	76
Barras Niveles de percepción de la dimensión seguridad Desde la comunicación del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	
Figura 5	77
Barras Niveles de percepción de la dimensión frecuencia de los sucesos notificados del personal en los Laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	
Figura 6	78
Barras Niveles de percepción de la dimensión seguridad desde el nivel de atención primaria del personal en los Laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	
Figura 7	79
Barras Niveles de la toma de muestra de sangre del Personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016	
Figura 8	80
Barras Niveles de percepción de la dimensión Identificación del paciente del personal en los Laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	

Figura 9	Barras Niveles de percepción de la dimensión Almacenamiento y búsqueda de información del Personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	81
Figura 10	Barras Niveles de percepción de la dimensión Solicitudes de prueba de laboratorio del personal en los Laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	82
Figura 11	Barras Niveles de percepción de la dimensión Notificación de errores y sugerencias del personal en los Laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay	83

Resumen

La finalidad de la realización del presente trabajo de investigación científica, comprende identificar la semejanza existente entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de muestra de sangre del personal que labora en los laboratorios de la Red de Salud Huaral – Chancay, 2016.

Con respecto a la metodología, se empleo el método hipotético-deductivo, realizando la validez de contenido, validez de constructo y obteniendo la confiabilidad del cuestionario. La muestra comprendida por 100 trabajadores entre técnicos y profesionales de los laboratorios de la Red de Salud Huaral - Chancay 2016, asimismo el diseño de la investigación fue no experimental, transversal y correlacional.

Por lo tanto se concluye que existe una relación significativa tanto entre las variables Cultura de la seguridad del paciente y la Toma de muestra de sangre; por lo tanto se considera que existe una mayor presencia de una regular percepción que se puede mejorar a fin mantener una buena relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la realización de la toma de muestra de sangre. Por lo que se exponen las recomendaciones para el mejoramiento de ambas variables que deberían tener una relación adecuada y determinar los cambios respectivos para que la labor que realiza el personal de los laboratorios sea la más recomendable, con las previsiones adecuadas y que exista un desarrollo óptimo en los laboratorios de la Red de Salud Huaral - Chancay.

Palabras Claves: Seguridad del paciente, toma de muestra de sangre.

Abstract

The objective of the present research includes identifying the relationship between the culture of patient safety and sampling of blood of the personnel that work in the laboratories of the network of health Huaral - Chancay, 2016.

With regarding the methodology, was employed the method of deductive, making the validity of content, construct validity and obtaining the reliability of the questionnaire. The sample comprised of 100 workers between technicians and professionals that work in the laboratories of the network of health Huaral - Chancay 2016, also the research design was not experimental, transversal and correlational.

It is therefore concluded that there is a significant relationship both between the variables of the patient safety culture and the taking of the blood sample, as well as determined if there is relationship in relation to the security dimensions; therefore it is considered that there is a greater presence of a regular perception that You can improve to end maintaining a good relationship between the patient safety culture and the realization of blood sampling. By what is exposed them recommendations for the improvement of both variables that should have a relationship proper and determine them changes respective so it work that performs the personal of them laboratories is the more recommended, with them forecasts appropriate and that exists a development optimal in them laboratories of the network of health Huaral-Chancay.

Keywords: Culture of patient safety and blood sample collecti

I. Introducción

1.1. Antecedentes

Los antecedentes, son todos aquellos trabajos de investigación que se realizaron y que guardan mucha similitud, además se basan en crear un análisis crítico de investigaciones previas para determinar su enfoque metodológico, especificando su relevancia y diferencias con el trabajo propuesto y las circunstancias que lo justifican.

1.1.1 Antecedentes Internacionales

Fajardo et al. (2010) Mexico, realizaron un estudio titulado “Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud”, Mexico, el objetivo de evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud. Se aplicó una encuesta sobre seguridad del paciente a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Se determinaron las puntuaciones obtenidas en las 12 dimensiones de la escala, así como en reactivos sobre percepción y grado de seguridad global del paciente, y se obtuvieron los valores de alfa de Cronbach para las diferentes dimensiones. Se utilizaron pruebas de estadística descriptiva. Entre los resultados se obtuvo que la percepción global sobre la seguridad fue de 51%. La dimensión más baja fue la apertura en la comunicación (38%) y la más alta el aprendizaje organizacional (68%). Concluyeron que la percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla. Los valores bajos de alfa de Cronbach en algunas dimensiones orientan a la necesidad de realizar modificaciones al instrumento para hacerlo más confiable. Los resultados sobre la percepción global de seguridad, la respuesta no punitiva al error y la asignación de personal deben tomarse con reserva en virtud de la baja confiabilidad del instrumento en esas dimensiones.

Gómez et al. (2011) Bogota, Colombia, en su investigación “Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería”, tuvieron como fin conocer como se percibe esta cultura por parte de los profesionales

enfermeros en las diversas entidades que brindan atenciones sanitarias y que son del tercer nivel de complejidad formando parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá, Colombia. En cuanto a la metodología el estudio fue de tipo descriptivo, transversal, exploratorio en el período correspondiente al año 2009. Participaron de acuerdo a los criterios de inclusión 201 personas que laboran en el área profesional y asistencial en el campo de la enfermería. Se usó el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, el cual fue brindado al personal seleccionado e informado con anticipación a la investigación. Como resultado se pudo percibir que la cultura de seguridad del paciente brindada por los encuestados determinó que hay positivismo respecto al trabajo coordinado y se comunican eficazmente entre las distintas unidades y la se percibe de manera general que a nivel gerencial hay una preocupación sobre la seguridad del paciente. Sin embargo como parte negativa se pudo percibir que hay deficiencia de personal en cantidad y calidad, por lo tanto existe una presencia de inexperiencia en el personal que se contrata de manera incorrecta, y en cuanto a la notificación de situaciones adversas hay ciertas acciones en contra de quienes las mencionan. En forma general concluyeron los investigadores en que las entidades que brindan atención sanitaria y sus trabajadores muestran mucho interés en mejorar la seguridad del paciente. Se pudo identificar en esta investigación que a pesar de la preocupación que muestran la gerencia y el personal que realiza la atención de los pacientes y con el fin de mejorar su seguridad existen algunos puntos negativos que no permiten unir criterios para aceptar las adversidades y prefieren no solucionarlas.

.Barona, Caro y Golber (2012) Colombia, en su tesis “Impacto del programa de seguridad del paciente, en la incidencia de los eventos adversos de la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos de la Clínica Farallones S.A. entre el año 2010 y 2011, determinaron como objetivo evaluar el impacto del programa de seguridad del paciente, en la incidencia de los eventos adversos reportados de la unidad de cuidados intensivos pediátricos entre el año 2010 y el año 2011, Se realizó un estudio Descriptivo – Analítico, se incluyó a todos los pacientes pediátricos (20) que

presentaron eventos adversos donde se recolectó información relacionada con: Eventos adversos recurrentes, factores contributivos, mortalidad, evitabilidad, promedio días de estancia, e incidencia. Esta información se obtendrá del aplicativo institucional de reporte y análisis de eventos adversos Todos seguros, y será consignada en una tabla. Se realizó el análisis descriptivo de la población muestra que permitió medir el impacto del programa en este servicio y proyectarlo a toda la institución. Concluyendo que el programa de seguridad del paciente se ha enfocado en generar exclusivamente cultura del reporte, razón por la cual no ha impactado al evidenciarse recurrencia de eventos adversos en el mismo paciente y/o del mismo evento, considerando que todos los eventos adversos reportados fueron evitables, lo cual evidencia falta de análisis y falta de directriz en la elaboración de planes de mejoramiento efectivos.

Soria (2012) España, realizó la investigación "Cultura de la Seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)" que tuvo como objetivo saber como se percibe los errores al asistir a un paciente, las fortalezas y debilidades de la cultura de la seguridad que presentan los médicos y enfermeros que laboran en la UCIN, identificar qué priorizan en el procesamiento de sus gestiones y comunicaciones de los errores, finalizando con una atención de la maternidad de la manera más segura. El estudio tipo descriptivo, cuali cuantitativo. Se utilizó encuesta "percepción de la cultura de la seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles" de Gutiérrez y col, que analizaba seis dimensiones. La muestra fue de 22 médicos y 28 enfermeros. Entre los resultados el 28% de los equipos de profesionales percibieron su participación en eventos adversos. Los puntos positivos fueron el ambiente de trabajo (70%) y la comunicación en los ambientes de sala en la UCIN (76%). Los puntos negativos fueron la organización y dirección del hospital (54%) y la carga de trabajo elevada (86%). Concluyendo que la identificación y comunicación de los eventos adversos es prioritaria y un desafío urgente. La seguridad es compartida con los líderes, mejorar la confianza y fortalecer la comunicación, obtener una cultura de seguridad positiva y proactiva capaz

de evidenciar el impacto que tienen los errores en la salud de los neonatos.

Da Silva, De Souza y Saturno (2013) España, en su tesis “Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles”, tuvieron como objetivo describir la Cultura de seguridad del paciente (CSP) en un grupo de hospitales públicos, según la percepción de los profesionales de la salud y analizar la asociación de factores sociolaborales. Se realizó una encuesta a 1.113 profesionales de ocho hospitales españoles, a través de un cuestionario con 12 dimensiones de la CSP. Las percepciones se describen mediante porcentajes de respuestas positivas y negativas a cada dimensión, y se analiza la asociación de factores con regresión lineal múltiple. La dimensión Trabajo en equipo en la unidad se destacó con el 73,5% y Dotación de personal (61,0%). Los factores más asociados a la CSP ($p < 0,05$) fueron el “servicio” (farmacéutico y quirúrgico) y la “profesión” (enfermería), ambos de forma positiva. Se determinó centrarse en limitar el número de profesionales y aprovechar la comunicación en las unidades, usando los servicios farmacéutico y quirúrgico, y los enfermeros, como benchmark para otros servicios y profesionales.

Hernandez *et al.* (2013) España, en su tesis “Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud”, su objetivo fue reportar el nivel de conocimiento de la cultura de seguridad del servicio de urgencias en el ámbito de estudio señalado previamente. El estudio fue descriptivo, se usó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), traducida al español y brindada a los participantes del estudio. La encuesta se aplicó a 73 profesionales de diversas especialidades en salud. Las dimensiones “Trabajo en equipo en la unidad” y “Aprendizaje organizacional y mejora continua” seguida de “Expectativas/acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad” con un 66%, 56% y 53% de respuestas positivas respectivamente. La dimensión peor valorada fue “Dotación de recursos humanos”. Debemos priorizar las acciones de mejora en 5 dimensiones que suponen el 53% de respuestas

negativas del total “Dotación de recursos humanos”, “Respuesta no punitiva a los errores”, “Percepción de seguridad”, “Feed-back” y “comunicación sobre errores” y “Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente”. Concluyeron que los resultados obtenidos son similares a los de otros estudios en nuestro país, con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Martínez (2013) Colombia, realizó una investigación sobre el “Análisis de la Cultura de seguridad del paciente aplicada en la clínica las Américas. Medellín,” con la finalidad de hacer un análisis de cómo se percibe la Cultura de la Seguridad del Paciente en el lugar de estudio mencionado anteriormente. El estudio fue descriptivo y transversal, la muestra fue de 218 profesionales sanitarios, se usó el cuestionario diseñado por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), para examinar las 12 dimensiones que se relacionan con la cultura de seguridad del paciente. Entre los resultados se pudo percibir que el 72% el tiempo de experiencia profesional es mayor de 4 años, en la institución y en su servicio; el 94.9% labora más de 44 horas a la semana y el 95.9% tienen relación directa con los pacientes, por lo que percibe es real. Solamente el 17,9% comunicó de manera escrita que existieron algunos eventos adversos en el último año. Destacaron positivamente las dimensiones aprendizaje organizacional (75%) de opiniones positivas y es el trabajo en equipo dentro de cada servicio (74%). No hubo percepción negativa de alguna de las dimensiones. Se consideraron para mejorar las dimensiones correspondientes a los problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios (49.7%); dotación de personal (47%); respuesta no punitiva a los errores (43.3%); y expectativas y acciones de la coordinación (42.4%). Concluyo que se necesita mejorar las estrategias tomando como base la educación, aprovechar las dimensiones positivas, corregir los problemas que existen y hacer una revisión de lo relacionado con el aspecto laboral, para no permitir que mejore el programa de seguridad del paciente. El respaldo de la línea gerencial es vital para disminuir el porcentaje de temor hacia la comunicación de eventos negativos dentro de la institución.

Giménez (2013) España, investigó sobre el “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón”, con la finalidad de determinar como se analiza la cultura de seguridad del paciente entre los trabajadores que cumplen función gerencial y gestionan en instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de estudio señalado previamente. Fue un estudio descriptivo transversal y se utilizó un cuestionario para la medición de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores llamado Cultura de la Seguridad del Paciente para Directivos y Gestores “De la dirección a la acción” (CCSPDG) y se desarrollaron entrevistas semi estructuradas para el análisis más profundo en relación con el discurso. La muestra estuvo conformada por 175 trabajadores en la parte directiva y en el gestionamiento. Como resultado se pudo percibir un equilibrio entre la percepción de la cultura de la seguridad del paciente entre las personas que ocupaban cargo directriz y se puede considerar adecuado en su conjunto y similar a la observada en otras instituciones. El perfil de directivo del salud se debe asociar a personal con profesión sanitaria y ser médicos especialistas y experimentados con un período de más de 11 años, con más de 3 años como director en experiencia. Se concluyó que al evaluar la cultura y la disposición de directivos y gestores en referencia a la seguridad del paciente permitió identificar aspectos clave como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras. El análisis de la cultura de seguridad es necesario para lograr un despliegue efectivo de estrategias de seguridad del paciente en la organización donde desempeñan labores directivas y de gestión.

Pozo y Padilla (2013) España, en su tesis: “Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria”, enfatizaron su estudio en 3 finalidades: 1) Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios de un área sanitaria; 2) determinar si el nivel de cultura de seguridad del paciente difiere de otros estudios; y 3) evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora. La investigación fue de tipo descriptivo transversal, siendo la muestra de 247

trabajadores de la salud y se usó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) traducida al español. Se realizó el análisis de 176 cuestionarios (tasa respuesta: 71,2%). El 50% percibieron el clima de seguridad como muy bueno, el 37% aceptable y el 7% excelente. Como dimensiones positivas destacaron Trabajo en equipo dentro de las unidades (80,8%) y Expectativas y acciones de la dirección (80,5%). Como dimensiones que merecen una consideración especial de mejora se encontraron la Dotación de personal (37,9%), Respuesta no punitiva a los errores (41,6%) y Notificación de eventos adversos (49,0%). Concluyendo que existe una identificación acerca de las dimensiones positivas y las que necesitan mejorar en la cultura de seguridad en una entidad que presta servicios de salud.

Meléndez *et al.*(2014) México, realizaron una tesis titulada “Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un Hospital Pediátrico en México”, teniendo como objetivo identificar los aspectos positivos y posibilidades de mejorar la cultura de la seguridad que brinda el profesional de enfermería que labora en el Hospital de Pediatría de México y el nivel de percepción de la seguridad. El estudio fue descriptivo y transversal, la muestra fue de 247 profesionales de enfermería. Entre los resultados se pudo percibir que el promedio de años fue 49 años, mujeres (91%) y el 70% son enfermeras generales, sólo 4 dimensiones alcanzaron puntaje positivo y 8 necesitaron mejorar, el nivel de seguridad estuvo calificado entre 7 y 8 considerada muy buena. Concluyeron que los profesionales de enfermería consideraron que las dimensiones positivas dentro de la institución son escasas y hay mucho por corregir para realizar una correcta seguridad del paciente

Pérez (2014) Mexico, en su tesis “Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social”, tuvo como fin la implementación de una cultura positiva de seguridad del paciente ante la presencia de eventos adversos e incidentes, permitió señalar e identificar los errores, buscar el origen y modificar la manera correcta de enfrentarlos y

reducir al mínimo estos efectos adversos. Se usó la encuesta sobre la Seguridad del paciente en los hospitales, diseñado por la Agency for Healthcare Research and Quality de los EUA, la cual sirvió para poder realizar la evaluación en diversas instituciones sanitarias en el mundo. Aunque en la evaluación previa, no se consideró ni comparó los resultados entre el personal médico de acuerdo a su especialidad y experiencia. La muestra estuvo conformada por 327 médicos pasantes del servicio social, se consideró la experiencia que tuvieron durante el internado médico de pregrado. Como resultado se pudo percibir que el nivel de seguridad estuvo dentro de la escala entre 6 y 8. La dimensión más negativa fue dotación de personal (32.07%) y la más positiva fue el Trabajo en equipo en la unidad/servicio (70.69%). Concluyendo que es primordial realizar el análisis de esta investigación para poder conocer las deficiencias en cuanto a la cultura de seguridad del paciente y planificar la implementación de programas con el fin de estar cerca de cumplir las metas en cuanto a la seguridad del paciente.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Alvarado (2014) Lima, Perú en su estudio sobre “Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval”, el objetivo fue de analizar las relaciones existentes entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Centro Médico Naval para generar alternativas viables que mejoren notablemente la calidad de la atención a los pacientes que concurren. En esta investigación se usó la escala de Clima Organizacional de Carlos Cáceres y el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Siendo los instrumentos son válidos y confiables, fueron aplicados a una muestra de 234 entre los profesionales. Los resultados indicaron que ambas variables de estudio estuvieron relacionadas significativamente, también se percibió que los galenos valoran mejor el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que las enfermeras.

Cadillo y Vega (2016) Peru, publicaron su trabajo “Cultura de seguridad del paciente en el personal del área de urgencias”, tuvieron como fin describir cuál es la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud en el área de urgencia. Realizaron una revisión bibliográfica de 15 artículos científicos publicados e indizados en las bases de datos científicos, correspondientes a artículos publicados en idioma español e inglés. Demostrando que la mayoría del personal de salud involucrado no informaba eventos adversos al realizar sus actividades, este estudio reporta un gran porcentaje de respuesta negativas para esta dimensión. La percepción de seguridad está considerada como un punto débil en la mayoría de los centros hospitalarios. La dimensión “trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio”, la más destacada en nuestro estudio con el mayor número de respuestas positivas en casi todos los países. La dimensión “Feed-back” y “comunicación sobre errores”, con bajo porcentaje de respuestas positivas, identificada como una oportunidad hacia la mejora continua. Concluyeron que al medir las diversas dimensiones de la cultura sobre la seguridad del paciente. Asimismo, obteniéndose los siguientes resultados: 72% de los respectivos encuestados cuentan estos con más de cuatro años en su profesión, en la Clínica y en su respectivo servicio; el 94.9% trabaja más de 44 horas semanales y el 95.9% cuenta con un contacto directo con los respectivos pacientes, siendo este su percepción sobre la seguridad del paciente es válida. Sólo un respectivo 17,9% informó por escrito algún evento adverso en el último año. Las dimensiones destacadas como fortalezas fueron el aprendizaje organizacional con un 75% de opiniones positivas y es el trabajo en equipo dentro de cada servicio (74%). Ninguna dimensión superó el respectivo 50% de las opiniones negativas para ser considerada una debilidad. Pueden también considerarse como oportunidades de mejoramiento: problemas en cambios de turno y transiciones entre los respectivos servicios (49.7%); dotación de personal (47%); respuesta no punitiva a los errores (43.3%); y expectativas y acciones de la coordinación (42.4%).

1.2. Fundamentación científica, técnica y humanística

Variable 1: Cultura de seguridad del paciente

Definiciones

La cultura de seguridad de una organización es la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las empresas con una respectiva cultura de seguridad positiva se caracterizan perfectamente por una comunicación basada en la confianza, que comparten la percepción sobre la importancia de la seguridad y confían sobre la eficacia de las acciones preventivas. (Tucker *et al.* 2007).

“Se definieron una cultura justa de la seguridad, como un entorno favorable a la comunicación abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras” (Scott-Cawiezell *et al.*, 2006).

En lo académico también se emplea el término referido de seguridad psicológica definida como una unidad de apoyo al trabajo en el que los integrantes pueden criticar y/o opinar las prácticas existentes, expresar sus preocupaciones o sus diferencias, y admitir los errores sin sufrir el ridículo o el castigo. (Tucker *et al.* 2007).

Entonces la cultura de seguridad del paciente como la suma del conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo de salud que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud, este estudio caracterizo la cultura de seguridad del paciente

Según Bueno, Cabeza y Sanabria, (2012) conceptualizaron a la Cultura de seguridad del paciente, como una asociación de personas relacionadas en su conducta por una creencia común que considera vital la seguridad y el alcance que comparte cada miembro de la asociación que

intentará cumplir las normas de seguridad y brindará apoyo a los demás para alcanzar dicho objetivo (p. 20).

En el Observatorio de calidad de la atención de la salud (2006) indicaron que cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal.”, y en gran parte es responsable de los errores cometidos.

Minsalud Colombia (2014) define a la SP como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de minimizar sus consecuencias. (p.17)

Según Wachter (2010) Errar es humano: “construyendo un sistema de salud más seguro” en 1999 publicado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EEUU) en el que se indicaba que entre 44.000 y 98.000 muertes anuales eran resultado de eventos adversos que podrían haberse evitado y que esos errores suponían un elevado coste económico. Desde entonces se ha avanzado en el estudio de los eventos adversos y en las numerosas y costosas consecuencias que generan. En el caso de los pacientes que los sufren pueden suponer complicaciones en su salud y un aumento de su morbilidad y mortalidad. En cuanto a los servicios de salud en los que suceden, provocan un aumento del gasto ya que pueden generar un ingreso hospitalario, un aumento de la estancia hospitalaria, la realización de pruebas y la administración de tratamientos que podrían haberse impedido (p. 2).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud OMS, (2009), indicaron que la Cultura de seguridad es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, cuyo fin es

disminuir al mínimo el daño que podría sufrir las personas como consecuencia respecto de los procesos de prestación de atención. Mientras que seguridad del paciente es la respectiva reducción del riesgo innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. (p. 5)

Los errores cometidos por los profesionales de la salud suponen una amenaza para la seguridad de los pacientes. Estos errores pueden tener consecuencias leves que incluso pueden pasar inadvertidas, pero además pueden ser graves y derivar estos en lesiones, discapacidad o incluso pueden llegar a suponer la muerte de un paciente. Desde organismos como la Organización para la Salud (OMS) y el Comité de Seguridad y Calidad en la Atención Sanitaria de la Comisión Europea han llegado a un acuerdo sobre una terminología común para la temática que tratamos en este estudio y que consideramos oportuno introducir desde un principio para facilitar su perfecta comprensión. (p. 10)

Asimismo, cuando hablamos de seguridad del paciente nos referimos específicamente a “la reducción del riesgo sobre los daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”. También podemos afirmar que un incidente es cualquier “evento o circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente”, mientras tanto que un evento o efecto adverso “es un incidente que llega a producir daño al paciente”. Todos estos conceptos los enmarcamos y estudiamos dentro del marco de la cultura de seguridad que definimos como “el comportamiento individual y de la organización, ligada a creencias y valores compartidos, que busca frecuentemente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente”. Este último concepto reconoce además la importancia de las actitudes y creencias de todas las personas y de las demás organizaciones para poder dotar la seguridad del paciente y es una de las metas que se suelen marcar las instituciones sanitarias. De hecho, la promoción y el desarrollo de la cultura de seguridad entre los profesionales es uno de los objetivos a lograr dentro de la estrategia elaborada por el Ministerio de Sanidad para mejorar la seguridad de los pacientes. (p. 12)

Dentro de la definición de cultura de seguridad un aspecto a destacar es el uso posterior que se da a los errores detectados en las organizaciones. En este sentido, Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, considera que para poder disminuir los respectivos eventos adversos éstos deben ser sacados a la luz para estudiarlos, aprender de ellos y transmitir los hallazgos en materia de seguridad; Para ello, los sistemas sanitarios deberían potenciar la coordinación de información de tal forma que el estudio de un evento adverso sucedido en un hospital determinado, pudiera evitar que éste volviera a repetirse en cualquier otro centro sanitario. Siguiendo esta línea de investigación, la comunidad científica y distintas organizaciones e instituciones sanitarias internacionales y nacionales llevan muchos años desarrollando estudios, planes y estrategias para poder prevenir la aparición de eventos adversos en la atención sanitaria. Este movimiento tuvo comienzo con la aparición del estudio. (p. 32)

En un principio la Organización Mundial de Salud OMS, instaba a observar la seguridad del paciente y de la misma forma a desarrollar estrategias que mejoraran tanto la seguridad como la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, el interés mostrado de los países miembros al empezar a desarrollar estrategias o a solicitar información y apoyo para desarrollarlas impulsó la formación de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la OMS en 2004. Desde entonces también la seguridad del paciente es una iniciativa global que invita a los demás países a tomar medidas dirigidas a mejorar la seguridad, fortalecer los sistemas de registro y monitoreo de los eventos adversos, reconocer la excelencia en la seguridad del paciente a nivel internacional, desarrollar investigaciones en este ámbito y ofrecer apoyo en las áreas estratégicas.

En cuanto al alcance y distribución de los eventos adversos la Alianza Mundial indica que casi el 10% de los pacientes sufre algún daño al recibir atención hospitalaria en países desarrollados. Estos resultados vienen repitiéndose en los distintos estudios internacionales realizados en las últimas dos décadas, al igual que sucede con las principales causas de los

eventos adversos que coinciden en ser las siguientes: el uso de medicamentos, las infecciones adquiridas en el hospital y las relacionadas con procedimientos quirúrgicos y médicos. También existe concordancia en la estimación de los eventos adversos prevenibles, ascendiendo a unas cifras que oscilan entre el 40 y el 50%, lo cual supone un elevado gasto para los sistemas sanitarios y daños a los pacientes que podrían haberse evitado. (p. 33)

La seguridad del paciente es una prioridad en las políticas sanitarias de la Comisión Europea (CE) para alcanzar la calidad asistencial, que además se ve reflejada en las distintas estrategias que se vienen desarrollando en los últimos años y que queda reflejada como una de las metas dentro de la línea estratégica de la salud del Libro Blanco Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). Asimismo, en 2004 creó el Grupo de Trabajo por la seguridad del paciente para favorecer la cooperación entre los estados miembros para desarrollar y alcanzar los objetivos marcados. Actualmente es conocido como Grupo de Trabajo por la seguridad del paciente y la Calidad Asistencial, se ocupa de estudiar, difundir y establecer estrategias en torno a la seguridad del paciente y la calidad asistencial, y cuenta con representantes de los 27 estados miembros, los países de la Asociación de Europa de Libre Comercio, organizaciones internacionales y organismos de la UE.

Características esenciales de la Cultura

De acuerdo a la Real Academia Española (2016), se define a la cultura como el conjunto de estilos de vida y usos, saberes y nivel de desarrollo de tipo artístico, científico, industrial, etc.". (p. 50)

Para Antezana (2013) en la medida que un individuo enriquece ese conjunto de costumbres y conocimientos se vuelve más "culto" y en teoría su comportamiento debe ser fiel reflejo de ello. (p. 51)

Tylor, en su obra “La cultura primitiva” (1874) cultura es: “el conjunto complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, la ley, las costumbres , capacidades y hábitos adquiridos por el ser humano como miembro de una sociedad”. (p. 52)

Tylor (1874), la define bajo dos aspectos:

En los cuales se detallan tres elementos: el primero correspondiente a la conducta: formado por la moralidad, la legalidad y la costumbre y que se materializan por medio del valor, la norma y actitud. Así es como cada individuo identifica las normas del juego, el segundo correspondiente a la cognición: compuesto por el raciocinio y la creencia, finalmente el tercero corresponde al materialismo mediante las artes, haciendo referencia a los objetos que las agrupaciones de los seres humanos producen, de tal modo que puede ser agradable o no agradable. (p.52)

De igual manera cada ser humano aprende e interioriza múltiples maneras de conducta y formas especiales de realizar el pensamiento sobre otros individuos que están a su alrededor, por lo que el aprendizaje de la cultura se da de manera sociable. (p.52)

Grote y Kunzler (2000) mencionan que el conocimiento sobre la cultura de la seguridad del paciente es en la actualidad un dato importante que puede ayudar a que se realice retroalimentación de un sistema sanitario, posibilitando la toma de medidas que se basan de manera específica en determinados problemas propuestos. Es así que la cultura de la seguridad del paciente se puede analizar en diversos tipos de nivel de acuerdo a la atención de salud y así sea la esencia de los establecimientos en los que se pueda determinar las ventajas y desventajas que se manifiestan en las labores diarias del personal. (p. 52)

Según Grenny (2009) la cultura se presenta de diversas formas, sobre todo a través del valor, la fe, actitud, comportamiento, lenguaje, costumbre, meta, política y su forma de operar de muchas maneras, en especial a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes,

costumbres, metas, en diversos equipos laborales. También creando el sentir de la identificación y el establecer un vínculo e interrelación entre los que conforman una organización y determinan la misión para cada uno de ellos. En relación al aspecto sanitario, las interacciones con cada paciente, deben comprender la ética y el conocimiento científico que les permita plasmar en cada nivel dentro de la institución de salud, elevando su misión dentro de la entidad. Aunque no ocurre con frecuencia que la actitud de cada profesional en su labor asistencial presente alguna desviación que pueda afectar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. (p. 50)

En tanto que Leiker (2009) la cultura es emergente de cada esfuerzo concertado de las agrupaciones y que movilizan cada componente para alcanzar la seguridad, constituyendo como parte a sus integrantes, sus sistemas y labores; donde las entidades establecerán un estándar de calidad más apropiado y necesario para justificar ser acreditados y formar parte del sistema sanitario, cambiando sus bases y procedimientos para contrarrestar problemas que se puedan presentar. (p. 20)

Asimismo, el estudio de la cultura para la sp se encamina desde diferente perspectiva o dimensión; la información sobre la frecuencia y la severidad de los eventos es una de las que menos se considera. Así es como Fajardo menciona que debe haber un compromiso directo y permanente para poder promover y facilitar, brindando las herramientas útiles para la identificación de cada patrón prevalente en cada evento relacionado a la seguridad que acceda a la evaluación con la información de cada intervención para su prevención. (p. 20)

Del mismo modo Colla, Bracken, Kinney y Weeks (2005), establecen una correlación entre la cultura del personal de salud y los resultados de los pacientes, para brindar el sentido a cada esfuerzo de su estudio y no sólo comparar entre las unidades hospitalarias sin fines claros. La cultura de la seguridad debe enfocarse en la atención sanitaria, sin dejar de integrar a

todos los profesionales de la salud, que puedan aportar nuevos elementos de manera relevante. (p. 20)

De acuerdo a Alvarado (2014) en su tesis mencionan que en la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido (NPSA) elaboró “La Seguridad del Paciente en Siete Pasos”, que se detallan a continuación: (p.130)

Paso 1 Desarrollar una cultura de seguridad

La creación de una cultura abierta y justa. Una real cultura de seguridad es la que hace que cada individuo de una agrupación reconozca su responsabilidad con la seguridad del paciente y el esfuerzo para el mejoramiento de la asistencia que brinda; siendo la esencia de la atención sanitaria. También reconoce la presencia de eventos y que la atención de salud presenta ciertos riesgos. La evidencia muestra que si la cultura de una agrupación es consciente de que la seguridad y las personas se estimulan a dialogar de manera abierta sobre eventos, la seguridad del paciente y la atención al paciente se ven mejoradas. (p. 53)

Paso 2 Liderar y apoyar a su personal

Se establece un enfoque de manera clara y sólida acerca de la seguridad del paciente en toda su agrupación. Que el cumplimiento de la agenda de seguridad del paciente necesita motivadora y acorde con cada organización de atención primaria y de líderes clínicos y directivos en cada servicio, incluyéndose médicos generales y de odontólogos generales. Para demostrar que la seguridad es priorizada y dirección de la agrupación se comprometa al mejoramiento, los líderes deben tener visibilidad y ser activos en el liderazgo para poder mejorar la seguridad del paciente.

Los trabajadores y los equipos deben ser capaces de manifestar su pensamiento que no asegura la atención prestada; de manera independiente a su ubicación. (p. 53)

Paso 3 Integrar su actividad en gestión del riesgo

Realizar el desarrollo de sistemas y formas de gestión de riesgos, la identificación y valorización de cuestionamientos. La gestión conjunta del riesgo hace que las lecciones aprendidas en un área de riesgo sean de manera rápida la difusión a otras áreas de riesgo. (p. 54)

Paso 4 Promover la notificación

Se debe dar la garantía de que los trabajadores puedan de manera fácil poder realizar alguna notificación de eventos adversos a nivel local y nacional. Los eventos en atención se presentan de manera general uno tras otro. La única manera de lograr la identificación de eventos es disponer de un sistema de notificación. Siendo primordial para el mejoramiento de la seguridad del paciente. Sin estos datos, las agrupaciones locales no pueden enfocar y asignar de manera adecuada sus recursos para garantizar el cambio. El problema es la falta de sistemas informáticos que se puedan integrar y tener responsabilidad diversa de notificación entre el personal sin línea directa y los que tienen otros cargos. (p. 54)

Paso 5 Involucrar y comunicar con pacientes y público

Implementar medios de comunicación abierta y oír a los pacientes. Involucrarse y mantener comunicación abierta con los pacientes, los integrantes de su familia, los que les brindan

cuidado y la gente es importante para lograr el mejoramiento de la seguridad del paciente.

Los pacientes se involucran de manera participativa en su cuidado. El profesional de salud requiere la inclusión de los pacientes para determinar el diagnóstico adecuado, determinar el tratamiento ideal, controlar los riesgos, y realizar la correcta administración, supervisión y cumplimiento del tratamiento.

Ser abierto sobre las ocurrencias y enfrentar el problema de manera rápida, detallada y demostrar ser sensibles para ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor los efectos cuando se han realizado fallas. (p. 55)

Paso 6 Aprender y compartir lecciones de seguridad

Animar a los trabajadores a realizar el análisis de causa raíz al objeto de saber cómo y por qué se presentan eventos. Cuando se presenta un evento de seguridad del paciente la pregunta principal es “¿quién tiene la culpa del incidente? sino ¿cómo y por qué ha ocurrido? Se da el cuestionamiento y por eso se pregunta ¿Qué nos está transmitiendo sobre el sistema en el que trabajamos? La causa eventos pueden hallarse en una amplia combinación de factores que se interconectan en el sistema, donde la universal e inevitable capacidad humana para efectuar errores pueda no haber sido tomada en cuenta. (p. 55)

Entender lo sucedido en un evento es una parte primordial de la investigación, y primordial para avalar que no se repita el evento. (p. 55)

Paso 7 Implantar soluciones para prevenir el daño

Promover metodos de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas. Las entidades sanitarias necesitan entender cada factor contribuyente subyacente de eventos de sp que con el tiempo, los conocimientos y experiencias en un área puedan servir para informar a muchos otros en cualquier lugar. Sería necesario tomar las siguientes acciones:

1. Elaborar normas para el acceso de personas que puedan realizar correctamente sus funciones.
2. Las soluciones deben basarse en barreras físicas que son más sólidas que las basadas en la conducta o actividad .
3. Asegurar que cada cambio que se realiza se valoren los riesgos, siendo evaluados y sostenibles a largo plazo (p. 57).

Dimensiones de la Cultura de seguridad del paciente

Seguridad en el área de trabajo

En este sentido, podemos afirmar que si se considera la forma de percibir o no la labor que compromete la seguridad de cada paciente, motivados por el ambiente de trabajo, la carga laboral, y la parte efectiva de cada procedimiento que existe con la finalidad de evitar cometer algún error en la atención sanitaria.

Se refiere a la acción de cooperar y laborar de manera agradable y realizar la coordinación entre cada área o servicio para obtener el mejoramiento de la seguridad de cada paciente. (Alvarado,2014. p. 160)

Seguridad brindada por la Dirección

Se realiza la exploración de la perceptibilidad de la muestra interesada de la parte directiva en la apropiación y creación de un medio laboral adecuado demostrando seguridad y una actitud reactiva.

La cultura desde este enfoque es emergente de acuerdo a cada esfuerzo concertado de las agrupaciones para lograr dar movimiento a cada elemento cultural para lograr los objetivos que apuntan a una adecuada seguridad, que incluye a cada miembro, su sistema y actividad laboral formando un conjunto; por eso cada una de las organizaciones debe establecer un formato estandarizado que brinde calidad más garantizada y necesaria que justifique su acreditación como sistema sanitario, realizando la modificación de su estructura y proceso logrando que se presenten eventos adversos negativos dentro de la institución y dar respuesta inmediata por tener derecho a la seguridad que tiene cada paciente. Esta dimensión considera cada ítem relacionado con la actitud proactiva manteniendo una correlación con la seguridad del paciente. Uno de estos considera la detección de alguna falla en el momento de atender a un paciente y por lo cual se lleva a cabo las reglas adecuadas para que no se desencadenen nuevamente y sea considerada como una fortaleza de las entidades sanitarias encuestadas. (p. 56)

Seguridad desde la comunicación

Se debe analizar la perceptibilidad que se considera sobre el aspecto de la libertad para indicar cuáles son los eventos adversos para cada paciente, el cuestionamiento de cada decisión y realizar las preguntas acerca de lo que no parece adecuado.

Esta dimensión no resalta, ni de manera global en alguno de sus elementos, ni de manera especial el problema ni la parte positiva. En positivo resalta cuando el trabajador observa algo que pueda intervenir de manera negativa a la atención que recibe el paciente. (p. 56)

Frecuencia de sucesos notificados

Se refiere a los informes a la parte directiva sobre eventos negativos que ocurren, procesos cambiantes realizados, para determinar alguna estrategia para ser implementada y encontrar la manera de hacer la prevención de estos eventos.

Se refiere a la manera de percibir la frecuencia de notificación de 3 formas de eventos negativos o errores que no llegan a determinar efectos adversos (que se descubren y corrigen previamente, evitando que causen daños pero no los cometieron y que previamente no causarían daño).

Medir la cultura de la seguridad tiene como fin la cuantificación de los aspectos que causen debilidad y se mejoren la fortaleza en cada subcultura, favoreciendo las acciones que logren mejorar, tanto la percepción y actitud, así como cada incidente que afecten la seguridad. (p. 55)

Seguridad desde la atención primaria

Se refiere a la libre disposición de trabajadores y a la manera cómo realizan su organización para lograr atender a cada paciente.

Es lograr percibir cómo funciona y se realiza las labores de manera conjunta en cada uno de los servicios y las dificultades que se presentan al momento de realizar el establecimiento de las coordinaciones con otros servicios debido a la transferencia de pacientes, así como la pérdida de datos.

La Atención primaria sanitaria muestra cada característica particular, existiendo un conjunto espectral de síntomas y signos, considerando los que son leves, tengan autolimitación e inespecificidad, considerando también los crónicos y que amenazan la vida, y presentan una amplia carga de morbilidad. (p. 56)

Variable 2: Toma de muestra de sangre

Definiciones

Son técnicas para recoger muestras de sangre dadas por el conjunto de procedimientos que permitirán recolectar muestras de sangre para su análisis en el laboratorio. Algunos de los fines de esta recolección son saber qué elementos de manera normal se hallan en la sangre, se determina si están presentes elementos tóxicos u otras sustancias nocivas, estar vigilantes y realizar el control del equilibrio ácido-base en la gasometría venosa y/o aislar agentes infecciosos en los estudios bacteriológicos.

(Moran,2004, p. 9)

Las venas corporales mas punzadas para la recolección de las muestras sanguíneas son:

- Venas superficiales del cuero cabelludo
- Vena yugular externa en el cuello
- Vena axilar
- Venas basílica, cefálica y mediana en el brazo.
- Venas radial, cubital y mediana en el antebrazo.
- Venas dorsales de la mano.
- Venas safena interna y externa en el tobillo.
- Venas dorsales del pie.

Los insumos necesarios para extraer alguna muestra de sangre son: guates esteriles, palomillas con sistema de vacío, adaptador para extracción por vacío, tubos de vacío para analítica, frascos de hemocultivo, jeringa para gasometría, copos de algodón o gasas estériles, alcohol etílico de 70, un apósito y etiquetas identificativas. (p. 10)

Es adecuado considerar que en el momento del proceso de la recolección de muestras sanguíneas se pueden dar alguna complicación como sangrado excesivo, que se formen hematomas, presencia de infección, necesidad de la realización de diferentes punciones, heridas en arteria o nervio próximo, trombosis o embolia, náuseas, mareo y/o desmayo.

1. La toma de muestras son acciones en las que se recogen, ya sea por el paciente o un profesional de la salud de una persona para su próximo análisis en el laboratorio. Las venas han mostrado ser importantes en la atención sanitaria moderna por dos motivos: son fuente de importancia de sangre para el número cada vez mayor de análisis en sangre y como vía de introducción de agentes terapéuticos, entre ellos la sangre. La vena que se intenta pinchar se debe conservar para próximos usos; ya que hasta la vida del paciente depende en ocasiones de la practicidad de una vena. (p. 13)

Recomendaciones precautorias para la práctica segura de las venopunciones.

2. Asegúrese de que el paciente cuente con el apoyo adecuado en caso de síncope.
3. Cuando se use una jeringa para extraer la sangre, se evitará la inyección de aire en la vena, al comprobar que el émbolo está completamente hasta el fondo del barril.
4. De ser posible, se evitará la extracción en la extremidad en que haya una venoclisis o transfusión de sangre, soluciones glucosadas o con electrolitos, porque diluye la muestra obtenida. Si es necesario obtener sangre cerca de un sitio en que funciona una venoclisis, se escogerá una zona por debajo de la misma.
5. Para identificar fácilmente las venas en sujetos en que los vasos son flexuosos, endurecidos, o están lesionados por punciones repetidas, administración de antibióticos o quimioterapia, aplique compresas calientes (42 °C) durante 15 minutos.
6. Si no se logra el fin deseado después de un par de intentos, se pedirá a otra persona que practique la punción.
7. El operador tendrá la seguridad de introducir la aguja con el ángulo exacto, para disminuir el riesgo de perforar la pared contraria de la vena y ocasionar un hematoma.
8. Siempre libere el torniquete antes de extraer la aguja esto evitará que aparezca un hematoma. Cuando se obtienen múltiples muestras, quite el torniquete al término de un minuto de haber comenzado la extracción de sangre, para evitar la hemoconcentración. (p. 15)

Sitios de punción venosa

La zona más elegida es el hueco del codo; otros lugares como la muñeca y el dorso de la mano o el pie. Al extraerse la sangre a una persona de manera ambulatoria, se le indica tomar asiento y apoyar su brazo en el portabrazos o en la mesa de extracciones. Otras zonas: En adultos: venas

superficiales del dorso de la mano o del dorso del pie.

En niños de corta edad: vena yugular o femoral. En recién nacidos: vena yugular, vena femoral, vena umbilical, senos venosos del cráneo.

Parámetros del hemograma, utilidad e interpretación indica las ventajas de las muestras obtenidas por punción venosa

1. La sangre venosa puede obtenerse en cantidad suficiente, haciendo posible la realización de exámenes múltiples y repetidos con la misma muestra.
2. Las alícuotas de plasma y suero pueden congelarse para futuras referencias.
3. Teóricamente, la punción venosa entraña menos problemas que la arterial (p.16)

La presión es más baja, y por ende, la hemorragia no es un problema mayor; hay innumerables vasos colaterales venosos, así que la obstrucción de una vena periférica no tiene importancia; la interrupción del flujo venoso puede impedir la viabilidad de los tejidos que la del flujo arterial. (p. 18)

Desventaja de las muestras obtenidas por punción venosa

La punción venosa en niños puede ser tedioso, sobre todo en pacientes obesos y pacientes en estado de síncope. (Moran , 2004, p. 20)

Técnica de la punción venosa (Adaptado de NCCLS Pub H3 - A3, 1991)

1. Verificar el pedido original.
2. Preguntar al paciente sus nombres y apellido completo. No tomar ninguna muestra sin Identificación.
3. Preguntar al paciente si está en ayunas.
4. Informar al paciente que se le va a hacer. Tranquilizar al mismo.
5. El extraccionista debe tener identificación visible.
6. Posicionar al paciente adecuadamente para un acceso adecuado y confortable de la fosa antecubital.

7. Prepare todo el equipo necesario.
8. Dígale al paciente que cierre el puño.
9. Seleccione una vena adecuada. Se prefiere la cubital media o la cefálica. Si un brazo tiene una vía endovenosa, sacar del otro.
10. Limpiar con etanol 70%. Empezar en la zona de puntura y seguir con movimiento circular. Esperar que se seque. No volver a tocar.
11. Aplicar el torniquete. No dejar el torniquete puesto más de 1 minuto.
12. Fijar la vena con la otra mano.
13. Punzar. Penetrar la piel en ángulo de 15 grados con el brazo, con el bisel hacia arriba. Seguir la geografía de la vena con la aguja. Punzar suavemente. No enterrar la aguja. Tirar del embolo suavemente para no hemolizar.
14. Libere el torniquete cuando la sangre comienza a fluir. Nunca saque la aguja con el torniquete puesto.
15. Permita que el paciente se relaje.
16. Coloque suavemente un algodón sobre la punción y retire la aguja. Descarte la misma. Luego presione sobre el sitio.
17. Coloque un adhesivo sobre el sitio de punción.
18. Invierta los tubos con anticoagulante. No los agite. Llene los tubos suavemente para evitar hemólisis.
19. Chequee la condición del paciente.
20. Descarte los elementos en los recipientes apropiados para cada uno. No reencapsule las agujas. No remueva la aguja con la mano. Use el descartador.
21. Enviar los tubos al laboratorio para su procesamiento. (Moran , 2004, p. 25)

Prácticas óptimas en flebotomía y extracción sanguínea

La flebotomía es uno de los métodos lesivos de manera frecuente en atención de salud a enormes rasgos el riesgo asociado con las flebotomías peligrosas y reseña las prácticas óptimas en materia de flebotomía con el objeto del mejoramiento de los resultados del personal de salud y los pacientes (Moran 2004 p. 35)

Efectos posibles de las flebotomías peligrosas

Sobre el tema en referencia se puede indicar que una flebotomía peligrosa puede ocasionar efectos adversos en los pacientes; estos efectos son extraños, pero pueden darse desde un dolor o equimosis en el lugar de la punción hasta un desmayo, una lesión de un nervio o un hematoma (Moran 2004 p. 39)

Asímismo, podemos afirmar que, errar es humano: “construyendo un sistema amplio de salud más seguro” en 1999 publicado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos en el que se indicaba particularmente ocurrieron entre 44.000 y 98.000 muertes anuales eran resultado de eventos adversos que podrían haberse evitado y que estos errores suponían un altísimo costo económico. Desde entonces, se ha avanzado en el estudio de los eventos adversos y repetidamente en las numerosas y costosas consecuencias que se generan. En el respectivo caso de los pacientes que los sufren pueden suponer complicaciones en su salud y un considerable aumento de su morbilidad y mortalidad. Asimismo en cuanto a los servicios de salud en los que suceden, provocan un considerable aumento del gasto ya que pueden generar adicionalmente un ingreso hospitalario, un aumento de la estancia hospitalaria, la realización de pruebas y una pertinente administración de tratamientos que podrían haberse impedido respectivamente. (Moran 2004 p. 40)

Las prácticas no adecuadas para el control de infecciones pueden provocar una infección bacteriana en el lugar en que se insertó la aguja hipodérmica en la piel; tanto los pacientes como el personal sanitario pueden exponerse a la sangre ajena a través de una flebotomía y corren el riesgo de adquirir patógenos de transmisión hemática. Pueden ser:

1. El virus, como el VHB, el VHC y el VIH;
2. Las bacterias, como la bacteria de la sífilis y
3. Los parásitos, como el parásito del paludismo. (Moran 2004 p. 40)

Información general sobre prácticas óptimas en Flebotomía

En este sentido se puede afirmar que el uso de prácticas óptimas en flebotomía disminuye considerablemente los riesgos de los pacientes y también los profesionales. Así tenemos por ejemplo, el empleo de agujas hipodérmicas con dispositivos de seguridad y además la evacuación inmediata de objetos punzocortantes al interior de un recipiente a prueba de pinchazos (es decir dentro de un recipiente de seguridad), disminuye claramente las lesiones por pinchazos de aguja y la exposición sanguínea entre los profesionales de salud. (Moran , 2004 p. 70)

Las prácticas óptimas en flebotomía implican los factores siguientes:

1. La planificación anticipada: constituye la parte más importante de la ejecución de cualquier procedimiento y normalmente se realiza al inicio de la sesión de flebotomía;
2. El uso de un lugar adecuado: el flebotomista debe trabajar en un lugar tranquilo, limpio y bien iluminado al tratar con pacientes ambulatorios u hospitalizados ;
3. control de la calidad: constituye una parte esencial de las prácticas óptimas de prevención y control de las infecciones; en flebotomía, ayuda a reducir al mínimo la posibilidad de que ocurra un accidente y
4. normas de asistencia óptima para los pacientes y los profesionales sanitarios: se tratan en detalle en el apartado (Moran , 2004 p. 80)

Calidad del muestreo analítico

Los factores que influyen sobre el desenlace de los resultados analíticos durante la obtención de la muestra y el transporte son:

1. El conocimiento del personal que se ocupa de la extracción sanguínea;
2. El uso de una aguja hipodérmica del calibre adecuado para evitar la hemólisis o los resultados anómalos;
3. La idoneidad de la zona elegida para la punción venosa;

4. El uso de tubos recomendados para la obtención de muestras analíticas;
5. La identificación del paciente con la muestra (es decir, la rotulación);
6. Las condiciones de transporte y
7. La interpretación de los resultados a efectos del tratamiento clínico (Moran, 2004 p. 85)

Sistemas de extracción de muestras de sangre

Se dispone de varias clases de sistemas de extracción de sangre para flebotomías:

1. Sistemas cerrados – Los sistemas más comúnmente utilizados para la extracción de muestras de sangre son una jeringuilla y aguja hipodérmica o un sistema de tubos de extracción al vacío.
2. Sistemas abiertos – Los sistemas abiertos son, por ejemplo, una jeringuilla y una aguja hipodérmica, y una aguja de acero con aletas (de tipo ‘palomita’) unida a una jeringuilla (Moran 2004 p. 89)

Extracción de sangre capilar (punción cutánea)

Este método de extracción sanguínea se suele utilizar en niños para obtener una pequeña cantidad de muestra. Hay diferencias entre la sangre capilar y venosa, especialmente en la prueba de tolerancia oral a la glucosa. La sangre obtenida por la punción cutánea se compone de una mezcla de sangre procedente de las arteriolas, vénulas y capilares, y puede también estar diluida con fluido intersticial e intracelular. (Moran 2004 p. 89)

La composición relativa de la sangre obtenida por este método dependerá de variables tales como el flujo de sangre a la piel durante la recolección. Los lugares para la obtención de sangre incluyen la superficie palmar de la falange distal de cualquier dedo y la superficie plantar lateral o medial del talón (Moran 2004 p. 90)

La punción del dedo no deberá realizarse en lactantes menores de 18 meses ya que hay una cierta probabilidad de lastimar el hueso (Moran 2004 p. 92)

A mayor profundidad de penetración en el sitio de punción, mayor volumen de sangre se obtendrá, por lo tanto, la lanceta debería seleccionarse según el sitio de punción y la cantidad de sangre necesitada (Moran 2004 p. 92)

La profundidad de la incisión hecha en el talón de un infante es crítica ya que una punción más profunda de 2,4 mm sobre la superficie plantar del talón especialmente de niños muy pequeños puede dañar el calcáneo o hueso del talón. Esto puede evitarse con el uso de lancetas semiautomáticas desechables de flujo de seguridad. Después de la selección del lugar de punción cutánea, y antes de realizar la misma, se debe:

Limpiar la zona con una solución acuosa de alcohol al 70 % (evitar otros desinfectantes ya que pueden alterar las concentraciones de urato, fosfatos o potasio) (Moran 2004 p. 93)

1. Secar el lugar con una gasa estéril para asegurar que el alcohol residual se ha eliminado (ya que de otra manera podría causar hemólisis).
2. La punción cutánea deberá realizarse con una lanceta desechable.
3. Desechar la primera gota de sangre que fluye, ya que puede estar contaminada con fluidos titulares.
4. Recoger en el recipiente de micromuestras las gotas de sangre que fluyen en el tubo colector realizando una ligera presión en el lugar de punción pero sin apretar demasiado la zona (Moran 2004 p. 94)

En el caso de que las gotas no fluyan libremente desde el tapón colector al tubo de micromuestra, éste puede golpearse suavemente para facilitar el flujo de gotas de sangre en el tubo. Al terminar la recolección de sangre, deberá cerrarse el tubo firmemente. Los tubos que contienen aditivos deberán mezclarse bien después de la recolección de la muestra, invirtiendo suavemente el tubo varias veces (Moran 2004 p. 95)

La recolección de muestras de sangre en tubos capilares heparinizados destinados a las mediciones relacionadas con los gases de la sangre debería hacerse después de calentarla zona de punción con una toalla empapada en agua corriente a una temperatura no mayor de 42° C para conseguir la «arterialización» del lugar de punción.

Los tubos capilares deben estar libres de burbujas de aire después de la recolección (Moran 2004 p. 99).

Estas muestras deben colocarse durante su transporte al laboratorio, en un recipiente con agua y trozos de hielo, para evitar que se produzcan cambios de importancia en su pH (Moran 2004 p. 100)

Al concluir la recolección de la muestra, deberá presionarse la zona de punción con un algodón o compresa de gasa estéril y mantenerla en la zona hasta que deje de sangrar (Moran 2004 p. 101)

Como una medida de seguridad, es aconsejable no aplicar vendajes adhesivos sobre la zona de punción de recién nacidos y niños pequeños, no solamente a causa de la irritación que el adhesivo puede ocasionar sino también debido a que el vendaje podría llegar a soltarse y ser tragado por el niño.(Moran 2004 p. 101)

Las lancetas desechables usadas para la punción cutánea deberán depositarse en un contenedor de seguridad resistente a la perforación. (Moran 2004 p. 101)

Extracción de sangre arterial

La punción arterial se lleva a cabo principalmente para obtener muestras de sangre de las arterias para realizar una gasometría arterial (que puede indicar problemas respiratorios o de trastornos metabólicos). Sin embargo,

las punciones arteriales se realizan ocasionalmente para obtener un cultivo de sangre o muestras para química sérica (Moran , 2004 p.102)

Para realizar este examen se toma una muestra de sangre arterial con una aguja pequeña; dicha muestra puede tomarse de la arteria radial de la muñeca (comprobándose primero, mediante la técnica de Allen, la existencia de una funcionalidad normal en la circulación de la arteria cubital), de la arteria femoral en la ingle (no recomendada en niños recién nacidos por la posibilidad de lesionar la cadera y la vena y nervio femoral) o de la arteria braquial en el brazo. Esta última es más difícil de pinchar, y además, el nervio mediano descansa cerca de la arteria braquial, por lo que existe la posibilidad de dañarlo accidentalmente (Moran , 2004 p. 103)

También se puede realizar la extracción de la arteria pedia dorsal, en la parte superior del pie, en situaciones especiales como lesiones en brazos, escayolas, quemaduras, etc (Moran , 2004 p.103)

La arteria temporal se utiliza especialmente en niños pequeños.

Si la muestra de sangre arterial va a realizarse de la arteria radial de la muñeca, antes de realizar la extracción se puede evaluar la circulación a la mano mediante la técnica de Allen (Moran , 2004 p. 94)

En esta prueba el paciente cierra firmemente el puño. Se aplica presión hasta que se interrumpe la circulación en las dos arterias, la radial y la cubital. En esta situación, el paciente abre y cierra la mano rápidamente hasta que la palma y los dedos estén pálidos. Deja entonces la mano abierta. El enfermero suelta sólo la arteria cubital y observa la mano, que debe irrigarse antes de 15 segundos, tiempo que la sangre de la arteria cubital tarda en rellenar el lecho capilar vacío. Si la arteria cubital no suministra sangre a toda la mano de forma adecuada -maniobra de Allen negativa- no debe utilizarse la arteria radial como lugar de punción. Si es positiva, puede utilizarse esta localización (Moran , 2004 p. 94)

Después de extraer la sangre arterial, se debe aplicar presión en el lugar de la punción durante por lo menos cinco minutos para detener completamente el sangrado. Si el paciente está recibiendo un tratamiento anticoagulante o si tiene un tiempo de coagulación prolongado, debe mantenerse la presión más tiempo. Dos minutos después de comenzar a aplicar la presión, hay que inspeccionar de nuevo el lugar para cerciorarse de que no se está desarrollando un hematoma. La colocación de un apósito con presión no es aceptable. Si la hemorragia no cesa dentro de un tiempo razonable, hay que avisar al médico encargado del paciente.

Mientras se está aplicando la presión sobre el lugar de la punción, hay que comprobar si la jeringa tiene burbujas de aire. Si hay alguna presente, hay que desprenderla cogiendo la jeringa con la punta de la aguja hacia arriba y expulsando cuidadosamente cualquier cantidad de aire fuera de la misma (Moran , 2004 p.95)

Se quita la aguja y se tapa la jeringa con un tapón o se pincha la aguja en un tapón para hacer que la jeringa sea impermeable al aire y al agua. (Moran , 2004, p. 95)

Dimensiones de la práctica de toma de muestra de sangre

Identificación del paciente y toma de muestra

Para garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio, es necesario que los procesos pre-analíticos analíticos y post-analíticos se articulen tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para generar resultados seguros y confiables. En este marco, la identificación del paciente es crítica y debe desarrollarse acorde con los lineamientos nacionales e internacionales. (Alvarado,2014, p.100)

Por lo tanto podemos afirmar que “construyendo un sistema amplio de salud más seguro” en 1999 publicado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EEUU) en el que se indicaba particularmente ocurrieron entre 44.000 y 98.000 muertes anuales eran resultado de eventos adversos

que podrían haberse evitado y que estos errores suponían un altísimo costo económico. Desde entonces, se ha avanzado en el estudio de los eventos adversos y repetidamente en las numerosas y costosas consecuencias que se generan. En el respectivo caso de los pacientes que los sufren pueden suponer complicaciones en su salud y un considerable aumento de su morbilidad y mortalidad. Asimismo en cuanto a los servicios de salud en los que suceden, provocan un considerable aumento del gasto ya que pueden generar adicionalmente un ingreso hospitalario, un aumento de la estancia hospitalaria, la realización de pruebas y una pertinente administración de tratamientos que podrían haberse impedido respectivamente. (Alvarado,2014 p. 101)

Almacenamiento y búsqueda de informacion

En el desarrollo de la labor de extracción de tomas de muestra de sangre, tenemos que seguir los pasos de un protocolo que se da desde el manejo de los equipos para el almacenamiento de las muestras de sangre y en relación al etiquetado de los tubos y la identificación de cada muestra y sea correspondiente a la persona a quien se le ha realizado la extracción y desarrollar el proceso hasta completarlo (Alvarado,2014 p. 101)

Solicitudes de pruebas de laboratorio

Para poder realizar la toma de muestra se debe considerar los momentos oportunos, así como las indicaciones previas para poder solicitar de manera adecuada las pruebas de laboratorio.

En cuanto a las pruebas de laboratorio para la extracción de sangre el paciente permanecerá sentado o recostado sobre una camilla; se le pedirá que mantenga extendido uno de sus brazos evitando moverlo mientras se realice la extracción. (Alvarado,2014 p. 102)

Notificación de errores y sugerencias

La extracción de muestras sanguíneas para análisis en laboratorio debería estar supervisada y ejecutada por el personal que tiene las atribuciones sobre estas acciones. Con relativa frecuencia se cometen errores en la toma de muestras que conllevan la obtención de resultados erróneos y, en ocasiones, un rechazo de la muestra por el laboratorio, lo que se traduce en una nueva extracción. Es responsabilidad del profesional enfermero prevenir, controlar y minimizar los posibles errores. Estas deben ser notificadas de la manera más adecuada. (Alvarado,2014 p.103)

1.3. Justificación

Todo estudio o investigación, debe tener una justificación, donde se debe detallar el porqué se hace. Responder al motivo de la investigación y establecer porqué se justifica su desarrollo.

Monge (2011), afirmó que justificar es dar un detalle sobre cada razón por el cual una investigación es válida y útil en su realización, el acúmulo de razones deben tener consistencia y convencimiento para así sean justificables la manera que se va a invertir cada recurso, esfuerzo y el tiempo (p. 69).

Presenciar eventos adversos en la fase preanalítica es parte de la problemática estudiada en los últimos períodos anuales, sin lograr resultado positivo, la proposición de actos efectivos para lograr controlarlos en todos los aspectos, se ha logrado determinar que más de una cuarta parte de todos los errores pre-analíticos traerán consigo un estudio innecesario o una inadecuada atención a los pacientes, lo que resulta en un compromiso en la seguridad del paciente, la gestión económica del sistema sanitario y a la disminución de la satisfacción del paciente.

En la actualidad la preocupación por el análisis de los errores preanalíticos se considera prioritaria, formando parte de diferentes líneas de

investigación en varios países, con diferentes orientaciones que oscilan desde detección y control de errores o la realización de diversas estrategias para el conocimiento profundo del problema. En este sentido, se llevara a cabo esta investigación en los laboratorios de la Red Huaral-Chancay la cual se hará disponible para tener una referencia de nuestro entorno.

1.4. Problema de investigación

Para Rodríguez y Valdeoriola (2010), el inicio de toda investigación es el formulamiento de un problema observado. La finalidad de una investigación se vincula a que es necesario responder a un problema que se presenta de manera concreta. Definir el área donde se localiza el problema es el centro de toda labor que realiza el científico para realizar la investigación (p. 22).

Se puede considerar lo afirmado por Latorre, Rincón y Arnal (2003), que indicaron que el formular un problema de investigación es la parte inicial que se debe analizar con suma atención, ya que de allí se origina el problema en sí, el cual se puede originar de la parte teórica o iniciar de una acción práctica. (p. 53).

Según Méndez (1993) plantear un determinado problema se inicia cuando se identifica y describe la sintomatología observada y se determina la relevancia de la situación, buscando su relación con los orígenes que los inician (p. 29).

El estudio de la cultura de la seguridad del paciente es actualmente un tema obligado que puede facilitar la retroalimentación de los sistemas de salud, con la posibilidad de implantar medidas de mejora basadas en la determinación de problemas concretos. La cultura de la seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones, en la que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo. (p. 32)

Sin embargo y a pesar del aumento del interés en estudiar la seguridad del paciente por parte de los diferentes actores del sistema, es común encontrar situaciones determinantes como la falta de sensibilización, falta de unificación de métodos de identificación, notificación inadecuada, violación del carácter confidencial de los datos, exigencia de responsabilidad profesional, sistemas de información precarios, limitantes en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, diferencia en los propósitos específicos de los actores, insuficiencia de un sistema de salud para llenar las expectativas de las instituciones y diferencias en los abordajes metodológicos de salud de nuestro país, etc.(p. 33)

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.(p. 34)

Sin embargo que existen estas barreras de seguridad, se producen errores en los servicios asistenciales. Estos errores clínicos pueden tener consecuencias graves, incluyendo entre éstas, la muerte de los pacientes. Es por eso que la creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, lleva a la implementación de prácticas seguras y un trabajo continuo y constante para el mejoramiento de la calidad y la prevención de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud; por lo tanto, la seguridad de los pacientes es un compromiso de todos para un servicio de calidad y se constituye en una prioridad en la gestión.(p. 37)

Sin embargo y a pesar de lo señalado por la OMS, en nuestro país los problemas de inseguridad hospitalaria son cada vez más apremiantes, tanto que hasta los propios médicos denuncian estas dificultades. Por ejemplo los Médicos del hospital de Essalud Edgardo Rebagliati Martins han denunciado que el servicio de Emergencias de Adultos se ha convertido en un peligroso foco de contagio de tuberculosis (TBC), incluyendo la terrible forma de tuberculosis multidrogorresistente (MDR).

El laboratorio clínico ha incrementado su participación en el apoyo al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las enfermedades y se ha convertido en una herramienta de apoyo muy importante para los equipos clínicos.

El gran volumen de las muestras y la variedad de exámenes que se realizan en los laboratorios nos deben empujar a ser rigurosos en los controles de calidad interno, externo y en el control de distintas fases del proceso pre analítica, analítica y post analítica.(p.40)

Uno de los puntos más críticos es la etapa pre analítica , diversos estudios demuestran que en esta etapa se comenten hasta el 70% de errores, por ello para obtener resultados de exámenes que reflejen el estado real del paciente es la correcta ejecución de los procedimientos de la toma de muestra y el personal capacitado para hacerlo.(p.41)

En nuestra realidad social dentro de los hospitales del Ministerio de salud , no existe un adecuado reclutamiento de personal entrenado para realizar la toma de muestra, muchas veces lo aprenden en el trabajo, o lo realizan los profesionales a falta de personal técnico ,lo cual no está mal pero estos dejan de realizar sus funciones para hacer dicho trabajo. Existe indiferencia por parte de los directivos de laboratorio, pues no capacitan al Técnico o evalúan sus prácticas de toma de muestra y muchas veces estas personas entran a trabajar por favoritismo, clientelismo u otros factores. Permitiendo que el profesional por ser nuevo haga estas funciones, cuando por otro lado el personal con más tiempo laboral y siendo Técnico asuma funciones del profesional, lo cual no tienen motivo de reclamo pues todos pasan por ello y se toma como actos normales, poniendo en riesgo los resultados de los análisis clínicos de los pacientes donde se necesita la experticia del profesional para ser evaluado.

Frente a estos problemas es que se plantea la presente investigación cuyo propósito fundamental es establecer las probables relaciones que pueden existir entre” La cultura de seguridad del paciente y La toma

demuestra de sangre del personal en los laboartorios de la Red de salud Huaral Chancay con la finalidad de buscar alternativas viables que nos sirvan para mejorar la calidad de la atención a los pacientes y adecuarlo a las exigencias que demanda el mundo de hoy.

Problema General

¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016?

Problemas Especificos

Problema especifico 1

¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016?

Problema especifico 2

¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016?

Problema especifico 3

¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016?

Problema Especifico 4

¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral chancay 2016?

Problema específico 5

¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016?

1.5. Hipótesis**Hipótesis General**

Existe una relación entre la cultura de seguridad del paciente y la práctica de toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis Específicas**Hipótesis específica 1**

Existe una relación entre la cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis específica 2

Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis específica 3

Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis específica 4

Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis específica 5

Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

1.6. Objetivos**Objetivo General**

Identificar la relación que existe entre la cultura de la seguridad del paciente y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016.

Objetivos Especificos**Objetivo específico 1**

Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y la práctica de toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de salud Huaral Chancay 2016.

Objetivo específico 2

Determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y la práctica de toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

Objetivo específico 3

Determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la práctica de toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

Objetivo específico 4

Determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la

dimensión frecuencia de sucesos notificados y la práctica de toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

Objetivo específico 5

Determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

II. Marco metodológico

2.1. Variables

Variable 1: Cultura de seguridad del paciente

Definición conceptual

Se puede indicar que la cultura de seguridad del paciente, está estrechamente relacionado con la creencia y de una actitud que en conjunto es responsabilidad de cada ser humano en su elaboración para poder tener la garantía de que una acción efectuada no dañará ni mínima ni potencialmente a un paciente y no creará algún efecto negativo en su atención sanitaria. (Cooper 2000, p. 88)

Ademas se puede decir que es el conjunto conformado por un buen equipo, con una práctica adecuada y el personal calificado que deben actuar conscientemente y activamente para que no puedan ocurrir errores en su labor diaria. Cada individuo o el grupo tienen la capacidad de reconocer eventos adversos Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, rescatar su aprendizaje y tratar de rectificarlos. (Cooper 2000, p.88)

Variable 2: Práctica de toma de muestra de sangre

Definición conceptual

Es la forma de proceder de manera especializada que se realiza mediante obtener uno o diversas especies biológicas, con el objetivo de hallar el motivo o factor que ocasiona algún daño a la salud de las personas. (Muñoz, 2015, p. 43)

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1.

Operacionalización de la variable Cultura de seguridad del paciente

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Medición	Nivel
Seguridad en el área de Trabajo	Medio ambiente de trabajo adecuado, condiciones de salud y seguridad justas	1 al 18		Ordinal
Seguridad brindada desde la dirección.	Favorece un clima de trabajo que promueve la Seguridad del paciente y es una prioridad	19 al 22		
Seguridad desde la comunicación	Información de los errores, cambios que se han implementado y modos de prevenir errores.	23 al 28	(1) Nunca (2) A veces (3) Siempre	
Frecuencia de sucesos notificados	Información oportuna de los incidentes adversos, estadística de los mismos	29 al 31		
Seguridad desde el nivel de atención primario	Apoyo mutuo, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo	32 al 41		

Fuente: Alvarado Gallardo Connie (2014) (p. 64)

Tabla 2
Operacionalización de la variable toma de muestra de sangre

Dimensiones	Indicadores	Items	Medición	Nivel
Identificación del paciente	Determinación de la identidad del paciente, conocimiento de la zona de punción y tiempo de descanso antes de la toma de muestra de sangre	1 al 20		Ordinal
Almacenamiento y búsqueda de información	Mostrar seguridad en la toma de muestra de sangre y su almacenaje	21 al 26	(1) Nunca (2) A veces (3) Siempre	
Solicitudes de pruebas de laboratorio	Organización de citas para atención de toma de muestras de sangre. Señalización correcta de los tubos donde se alojan las muestras de sangre.	27 al 35		
Notificación de errores y sugerencias	Corrección de errores y mejorar la técnica de la toma de muestra de sangre.	36 al 41		

Fuente: Gomez, (2014) (p. 100)

2.3. Metodología

Método de investigación.

El estudio presenta un enfoque cuantitativo, debido a que se realizaron entrevistas, análisis de casos y de fuente documental. Asimismo, análisis de cuadro comparado.

Es el diseño transversal correlacional se describen la relación entre dos o más variables en un momento determinado ya que el diseño transversal realiza la colección de datos en un momento determinado cuyo único propósito es describir variables y analizar la relación que existe entre ellas en momento dado y puede ser tanto descriptivo y correlacionales; pero en cuanto a mi tesis se configura en correlacional.

2.4. Tipo de estudio

El siguiente trabajo cuenta con una tipología Cuantitativa debido a que busca comprender y profundizar un tema particular así como lo señala (Tejedor, 2010).

Según el tipo de estudio de la presente investigación, tiene como finalidad una investigación aplicada, orientados a describir cómo se manifiesta determinados fenómenos psicológicos y sociales, y la frecuencia con que ocurren estos fenómenos. “Este tipo de investigación tiene por finalidad la búsqueda y consolidación del saber y la aplicación de los conocimientos para el enriquecimiento del acervo cultural y científico, así como la producción de tecnología al servicio del desarrollo integral de las naciones” (Hernández, 2004, p. 132).

2.5. Tipo de Diseño

En el presente trabajo de investigación científica, el diseño del estudio que se empleo es de tipo no experimental, transversal y correlacional debido a que no se maniobra ni se somete a prueba las variables de estudio.

El diseño es el conjunto de estrategias procedimentales, metodológicas y técnicas, que regulan la formulación del problema, da respuestas y verifica o demuestra las hipótesis de tipo de investigación cualitativa.

El diseño del desarrollo de la investigación es no experimental, con características de un diseño descriptivo de corte transversal, bajo las siguientes consideraciones:

Se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes, lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

“Es una interpretación, aclaración explicativa del sentido del ser, un mundo socio histórico donde la dimensión fundamental de toda conciencia humana es histórica y sociocultural y se expresa por medio del lenguaje” (Heidegger, 2006, p.233). Es así que, las personas son un ser en el mundo, pero no sólo un mundo físico, sino también se incluye sus relaciones con las demás personas, además es un mundo que él construye y modifica, pero sobre todo que se encuentra inmerso en él, así como en el estudio de su mundo sugiere la forma de interpretarlo y vivirlo.

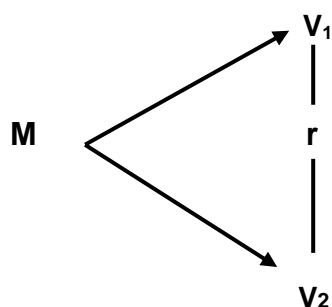
Según indicaron Kerlinger y Lee (2002) el diseño no experimental busca empíricamente y sistemáticamente en donde el experto no tiene control directo de las variables independientes ya que sus demostraciones ya han acontecido o debido a que son sustancialmente no manipulables. Se infieren sobre las dependencias entre las variables, sin intrusión directa sobre la variable simultánea de las variables independiente y dependiente. (p. 124)

En relación al diseño transversal Hernández *et al.* (2010) indicaron que busca “detallar variables y evaluar su incidencia e interrelación en un suceso específico. Es como obtener una fotografía de un hecho que acontece” (p.151).

El estudio es transversal, según las Investigaciones científicas que recolectan datos en un momento único. Esta investigación es el correspondiente

al diseño correlacional.

De manera gráfica se describe:



Donde:

V₁: Cutura de seguridad del paciente

V₂: Práctica de toma de muestra de sangre

M: Muestra de participantes

r: relación

La presente investigación ha sido denominada de corte transversal dado que se evaluó la autonomía del personal de laboratorio para tomar decisiones en el lugar de estudio en un determinado período de tiempo.

Para Hernández *et al.* (2006) dicen que: “El estudio correlacional tiene como objetivo determinar la dependencia que impere entre dos o más categorías o variables en una situación específica”. (p. 105)

El estudio fue correlacional, porque se tuvieron que analizar las dos variables de estudio e identificar cuál es la correlación que existe entre ambas para poder tener mayor validez de la investigación.

2.6. Poblacion, muestra y muestreo

2.6.1. Población

En el presente trabajo de investigación científica, la población estuvo constituida por todo el personal profesional y técnicos que laboran en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016, durante el período de estudio en los

respectivos horarios.

2.6.2. Muestra

En este estudio se consideró a los 100 trabajadores entre personal profesional y técnicos que laboran en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016, durante el período de estudio.

2.6.3. Muestreo.

No existe porque se va a trabajar con toda la población, ya que son pocos los trabajadores de los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para esta investigación, se usaron las principales técnicas e instrumentos, con la preferencia de recolectar datos, luego de una ardua labor de campo y donde se emplearán.

Se analizaron las fuentes documentales; por lo cual he citado a autores que se refieren al tema de investigación, luego analizar e e interpretar de manera detallada cada párrafo citado, y finalmente poder realizar el establecimiento de cuadros de convergencias y divergencias, ya sean favorables o desfavorables, en relación a las fuentes citadas.

El cuestionario como técnica, es una serie de opciones o asuntos de discusión, o es el programa de examen u oposición. Es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado seleccionado llena por sí mismo. A través de la entrega de un cuestionario elaborado técnicamente; el entrevistado previamente seleccionado es el personaje privilegiado por el investigador, quien ha depositado toda su confianza, para que pueda de aquel, recabar toda información necesaria que el objeto de estudio amerite.

Se puede conceptualizar a la encuesta como una técnica cuya finalidad es la obtención de información de los que participan como sujetos de estudio y considerando sus opiniones. A diferencia de la entrevista, se realizará el uso de un rol de preguntas para los participantes del estudio, con el fin de obtener sus respuestas de manera escrita. Estas preguntas son parte de un cuestionario. De igual forma se hizo de manera impersonal, brindando reserva al participante, debido a que no serán necesarios sus datos personales.

2.7.1. Validación y confiabilidad de los instrumentos

Según Mejía (2005) la validación del constructo mide si se correlacionan o son congruentes las variables de estudio, que imperan entre el resultado de un test y cada conocimiento teórico que sustentan las cuestiones con el fin de la medición. Esta validación estipula si la medición del test considera los factores que figuran de manera tácita en el enunciado teórico a evaluarse. (p. 48)

Confiabilidad

Tabla 3

Análisis de consistencia interna de las variables Cultura de seguridad del paciente y práctica de toma de muestra de sangre

Variables	Nº de ítems	Alfa de Cronbach
Cultura de seguridad del paciente	41	0,464
Práctica de toma de muestra de sangre	41	0,832

Se ha obtenido la confiabilidad del contenido en los 41 ítems de la herramienta: Cultura de seguridad del paciente mediante el estadístico Alpha de Cronbach con un valor de 0,464. Del mismo modo, se obtuvo la confiabilidad del contenido para los 41 ítems del instrumento de la variable Práctica de toma de muestra de sangre mediante el estadístico Alpha de Cronbach con un valor de 0,832.

Técnicas de recojo de información.

Para poder realizar nuestra encuesta al profesional de Enfermería, se solicitó una autorización a las autoridades de la Red de Salud Huaral Chancay, se evaluó en el tiempo necesario y con las coordinaciones del caso. Entre otros métodos que se han usado para la manipulación de la data se presentan: la evaluación documentaria y la estadística.

La evaluación documentaria permite escoger la información preponderante de un escrito con el objetivo de manifestar su contenido sin imprecisiones y rescatar la información planteada en el contenido.

La evaluación estadística se utiliza en dos niveles: primero, se deberá ejecutar las respectivas evaluaciones descriptivas de cada una de las variables de estudio; en segundo lugar se deberá realizar la respectiva evaluación inferencial con el objetivo de hallar significatividad en el resultado según el valor porcentual para redactar las conclusiones.

Esta evaluación ha autorizado tabular la data que se origina de la prueba a la que se somete la muestra poblacional. La información adquirida de los dos cuestionarios según las variables Cultura de seguridad del paciente y toma de muestra de sangre, se han detallado, analizado y descifrado teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis establecidos en la investigación.

2.7.2. Instrumentos

Para el presente trabajo de investigación científica, se empleó como instrumento de recolección de datos, dos cuestionarios conteniendo preguntas que fueron útiles y eficaces para recoger información en un tiempo relativamente breve.

Estos instrumentos permitieron recoger información sobre la cultura de la seguridad del paciente y su relación con la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral – Chancay. Cada variable cuenta con un cuestionario constituido ítems con escala de respuesta tipo likert.

Cuestionario. es la instrumentación adecuada para la encuesta. Consta de un grupo de preguntas planteadas de manera específica, que permiten la evaluación de una o varias variables que se definen al momento de realizar la investigación.

Base de datos. es el conjunto organizado y estructurado que reúne todos los datos obtenidos de acuerdo a las respuestas de los participantes de la investigación, que nos brindan la facilidad y agilidad para procesar dicha información.

La técnica de criterio de jueces: la cual implicara reunir a tres catedráticos con experiencia en asesoría de trabajos de investigación, con la finalidad que sus observaciones contribuyan a que el instrumento responda al trabajo de investigación.

La técnica del análisis estadístico: la cual implicara elaborar una base de datos y en base a este se elaboró gráficos y tablas, que permitieron determinar frecuencias, estadísticos de fiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach y la prueba de hipótesis.

Técnica

Instrumento 1: Cuestionario para evaluar la Cultura de seguridad del paciente

Ficha técnica

Nombre: Cultura de seguridad del paciente

Autor: Alvarado Gallardo Connie (2014)

Adaptado: Lic Giovanna Minaya Higinio (2016)

Validado: El instrumento fue validado y utilizado para la realización de la tesis Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval

Significación: El Cuestionario de Cultura de seguridad del paciente contiene cinco

Dimensiones: Seguridad en el área de trabajo, Seguridad brindada por la Dirección, Seguridad desde la comunicación, Frecuencia de sucesos notificados

y Seguridad desde la atención primaria, que evalúan las percepciones del personal profesional y técnico que laboran en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.

Extensión: El cuestionario posee 41 ítems.

Administración: Individual o colectiva.

Duración: El tiempo para elaborar el test es de 20 minutos.

Aplicación: Trabajadores profesionales y técnicos que laboran en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.

Puntuación: La escala de cálculo es tipo Likert, las respuestas que los individuos pueden emitir son las siguientes:

(1) Nunca

(2) A veces

(3) Siempre

Interpretación

De 95 hasta 123 puntos = Buena cultura de seguridad del paciente

De 68 hasta 94 puntos = Regular cultura de seguridad del paciente

De 41 hasta 67 puntos = Mala cultura de seguridad del paciente

Instrumento 2: Cuestionario para evaluar la práctica de la toma de muestra de sangre

Ficha técnica

Nombre: Práctica de la toma de muestra de sangre

Autor: Gómez, J. (2014)

Adaptado: Lic. Giovana Minaya Higinio (2016)

Validado: El instrumento fue validado y utilizado para la realización de la tesis Estrategias para la mejora del conocimiento y la prevención de los errores en la fase preanalítica.

Significación: El Cuestionario de la toma de muestra de sangre contiene cuatro

Dimensiones: Identificación del paciente y toma de muestra, almacenamiento y búsqueda de información, almacenamiento y búsqueda de información y notificación de errores y sugerencias, que evalúan las percepciones del personal profesional y técnico que laboran en la Red San Judas Tadeo.

Extensión: El cuestionario posee 41 ítems.

Administración: Individual o colectiva.

Duración: El tiempo para elaborar el test es de 20 minutos.

Aplicación: Trabajadores profesionales y técnicos que laboran en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.

Puntuación: La escala de cálculo es tipo Likert, las respuestas que los individuos pueden emitir son las siguientes:

(1) Nunca

(2) A veces

(3) Siempre

Interpretación

De 95 hasta 123 puntos = Buena práctica de la toma de muestra de sangre

De 68 hasta 94 puntos = Regular práctica de la toma de muestra de sangre

De 41 hasta 67 puntos = Mala práctica de la toma de muestra de sangre

2.8. Métodos de análisis de datos

Se procedió al ingreso de todos los datos al programa de estadística SPSSv21, considerando la cantidad de preguntas por dimensión y realizar la suma correspondiente de manera parcial, al igual que la sumatoria general de los datos recopilados mediante los instrumentos que miden cada una de las variables.

El método usado fue Rho de Spearman, se obtuvo la correlación y el nivel de significancia de las variables y las dimensiones. El coeficiente de correlación calcula el nivel de relación entre dos cantidades, pero no el grado considerando la concordancia. Si las herramientas calculan metódicamente cantidades que varían uno del otro, la correlación podría ser 1 y por tanto su concordancia sería nula. El coeficiente se emplea cuando la información presenta valores extremos debido a que dichos valores alteran bastante al coeficiente de correlación de Pearson o ante distribuciones no normales. No se muestra alterada por las permutas en las unidades de medida.

Según Valderrama (2010) la consistencia de los resultados se realiza con una muestra pequeña, para hallar la confiabilidad o la prueba de hipótesis.

Nivel de significancia

Para el procesamiento de datos estadísticos a partir de la información de las muestras se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

2.9. Aspectos éticos

Los datos de los profesionales encuestados serán reservados, por lo que habrá mucha confidencialidad y anonimato en cuanto a sus respuestas.

Los beneficios de la investigación sirvieron para la conocer los problemas que se presentan y así poder realizar las sugerencias para la aplicación de medidas de mejora en el albedrío para tomar decisiones por parte de los trabajadores técnicos y profesionales que laboran en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay.

Los resultados obtenidos serán codificados y entregados a las autoridades de la Red de Salud Huaral Chancay, para ser tomados en cuenta en un análisis actualizado de la situación de la misma.

III. Resultados

3.1. Descripción de las variables.

En el presente capítulo se destalla las figuras y tablas correspondientes a los resultados obtenidos de la información recolectada del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral – Chancay.

Tabla 4

Niveles de cultura de seguridad del paciente del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	0	0.0
	Regular	82	82.0
	Buena	18	18.0
	Total	100	100.0

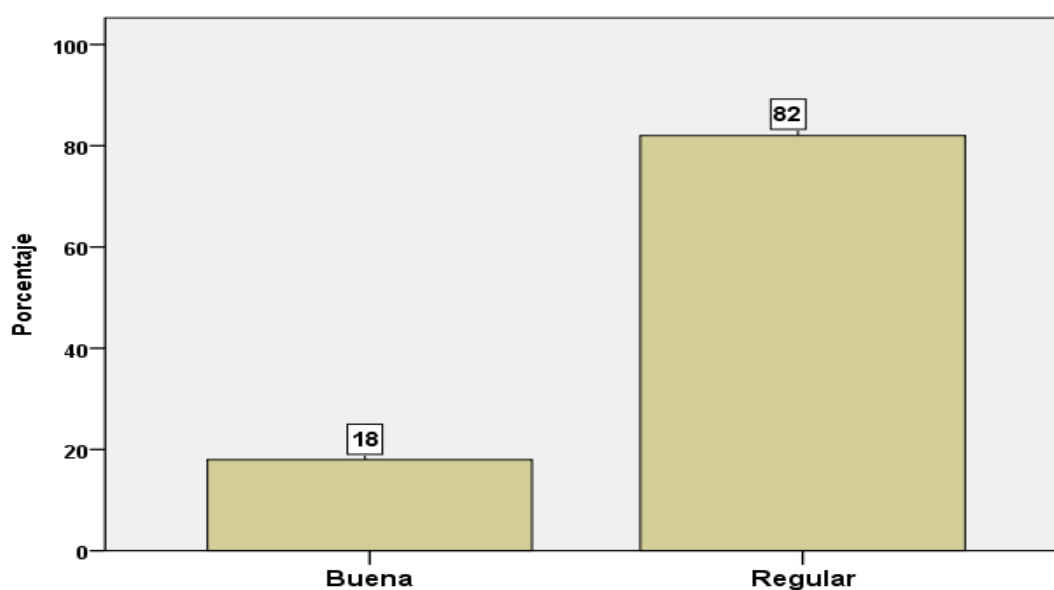


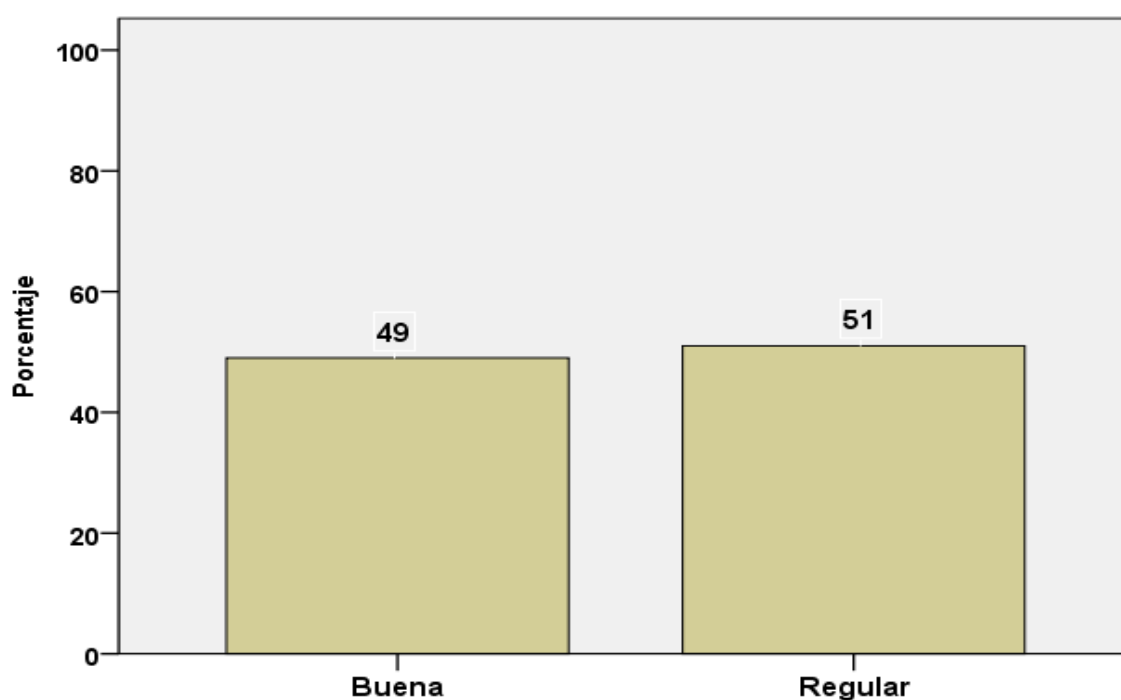
Figura 1 .Barras Niveles de cultura de seguridad del paciente del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

En la Tabla 4 y Figura 1: Se pudo observar que el 82% de los profesionales de laboratorio, perciben una regular cultura de seguridad del paciente y el 18% perciben una buena cultura de seguridad del paciente, tal como se aprecia en la Figura 1.

Tabla 5

Niveles de percepción de la dimensión seguridad en el área de trabajo del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	0	0.0
	Regular	51	51.0
	Buena	49	49.0
	Total	100	100.0



*Figura 2. Barras Niveles de percepción de la dimensión seguridad en el área de trabajo del p*ersonal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay*

En la Tabla 5 se puede observar que es casi equitativa los porcentajes, donde los encuestados tienen una regular percepción sobre la dimensión seguridad en el área de trabajo con el 51% y mientras tanto el 49% tuvo una buena percepción, es decir que sienten que están en un medio adecuado de trabajo y con las mejores condiciones sanitarias y buenas medidas de seguridad.

Tabla 6

Niveles de percepción de la dimensión seguridad brindada desde la dirección del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	9	9.0
	Regular	68	68.0
	Buena	23	23.0
	Total	100	100.0

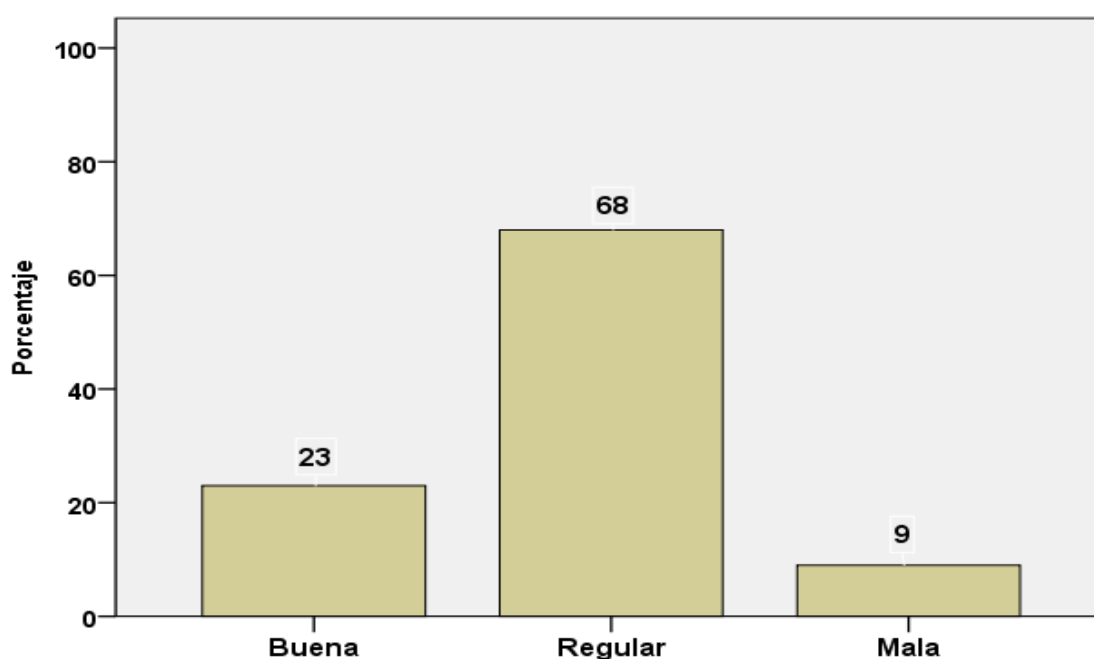


Figura 3. Barras Niveles de percepción de la dimensión seguridad brindada desde la dirección del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

De acuerdo a los resultados en la Tabla 6 y Figura 3, se presenta que el 68% de los encuestados percibe un regular seguridad desde la dirección, en tanto que un 23% si perciben un buen nivel y finalmente tan sólo el 9% tienen una mala percepción, en general se puede inbdicar que los encuestados en mayor porcentaje siente que existe una regular relación entre la dirección y el clima laboral que se desarrolla para la cultura de seguridad de los pacientes.

Tabla 7

Niveles de percepción de la dimensión seguridad desde la comunicación del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	4	4.0
	Regular	36	36.0
	Buena	60	60.0
	Total	100	100.0

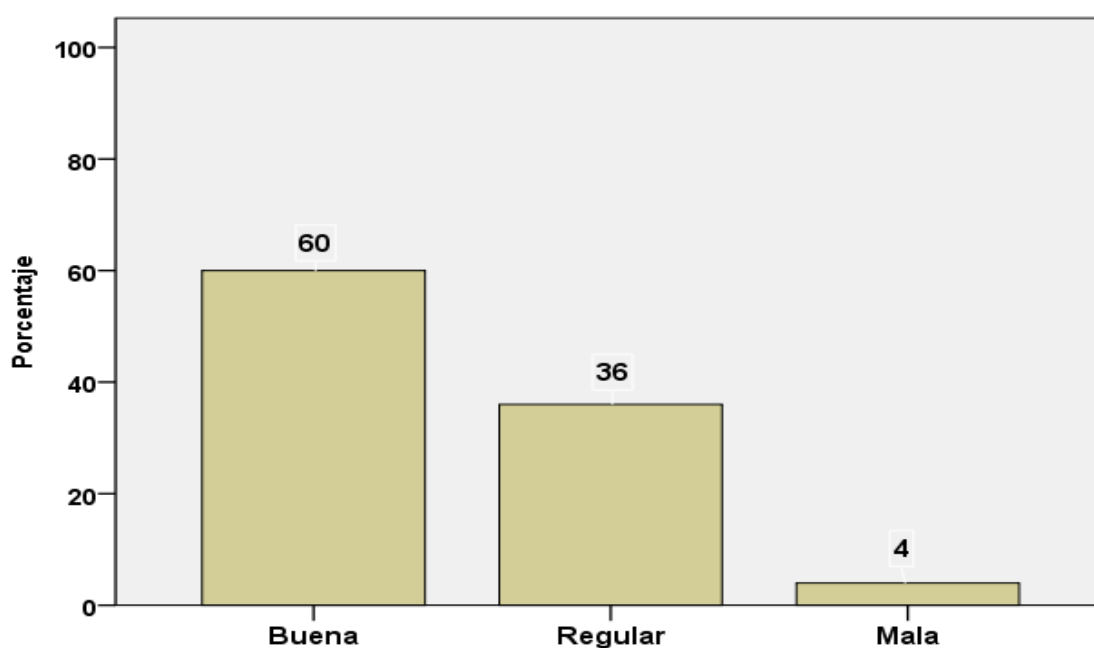


Figura 4 Barras Niveles de percepción de la dimensión seguridad desde la comunicación del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

En la Tabla 7 y Figura 4, se puede apreciar que el 60% de encuestados tienen una buena percepción acerca de la seguridad desde la comunicación, mientras que el 36% tienen una regular percepción y tan sólo el 4% tienen una mala percepción. Esto se puede considerar que hay una información sobre los errores que se puedan presentar y son comunicados a tiempo para brindar su solución correcta.

Tabla 8

Niveles de percepción de la dimensión frecuencia de sucesos notificados del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	2	2.0
	Regular	45	45.0
	Buena	53	53.0
	Total	100	100.0

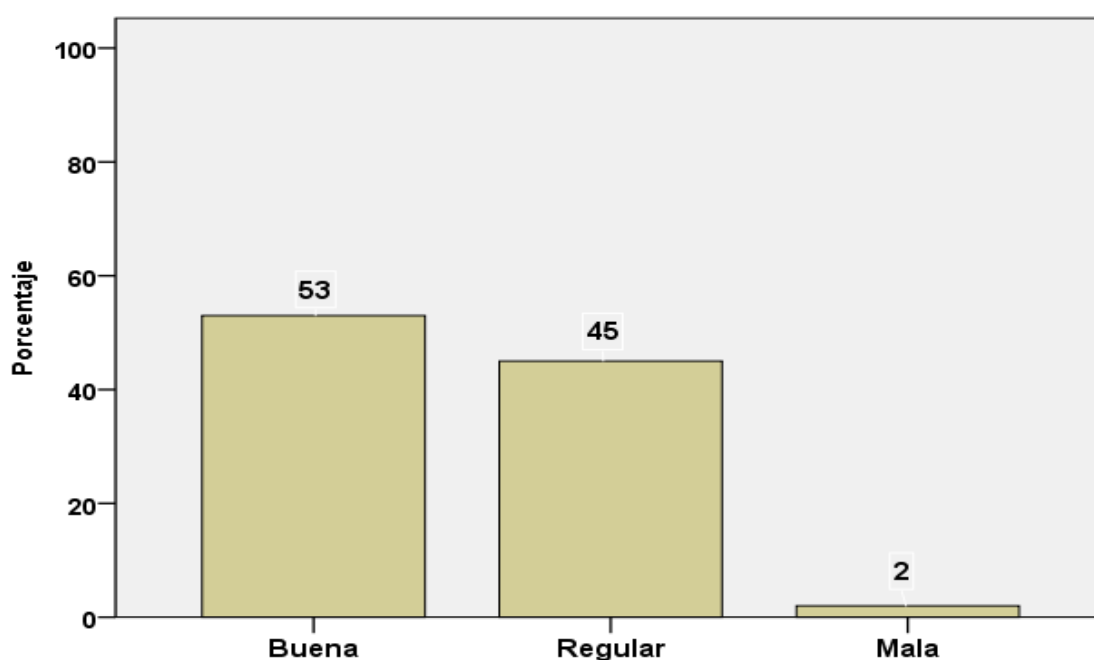


Figura 5 .Barras Niveles de percepción de la dimensión frecuencia de los sucesos notificados del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay.

Se puede observar en la Tabla 8 y Figura 5 el 53% de los encuestados tienen una buena percepción de la frecuencia de los sucesos notificados, mientras que el 45% tiene una regular percepción y tan sólo el 2% tuvo una mala percepción. Es decir, que la mayor parte informa en el momento preciso la presencia de eventos adversos y se considera evaluar estadísticamente como se van presentando y solucionando.

Tabla 9

Niveles de percepción de la dimensión seguridad desde el nivel de atención primaria del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	10	10.0
	Regular	75	75.0
	Buena	15	15.0
	Total	100	100.0

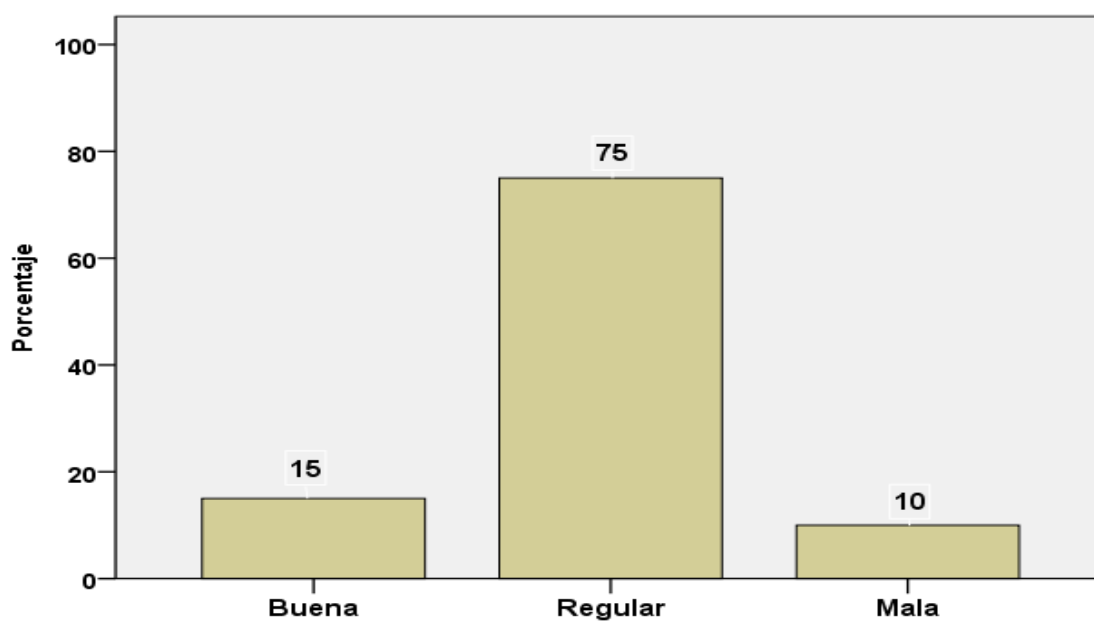


Figura 6 Barras Niveles de percepción de la dimensión seguridad desde el nivel de atención primaria del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay.

En la Tabla 9 y Figura 6, el 75% de los encuestados tienen una regular percepción sobre la seguridad desde el nivel de atención primaria, mientras que el 15% tiene una buena percepción y el 10% tiene una mala percepción. Esto nos indicó que existe un regular ambiente de coordinación y apoyo mutuo, por lo que no se puede trabajar adecuadamente en equipo.

Tabla 10

Niveles de la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	16	16.0
	Regular	82	82.0
	Buena	2	2.0
	Total	100	100.0

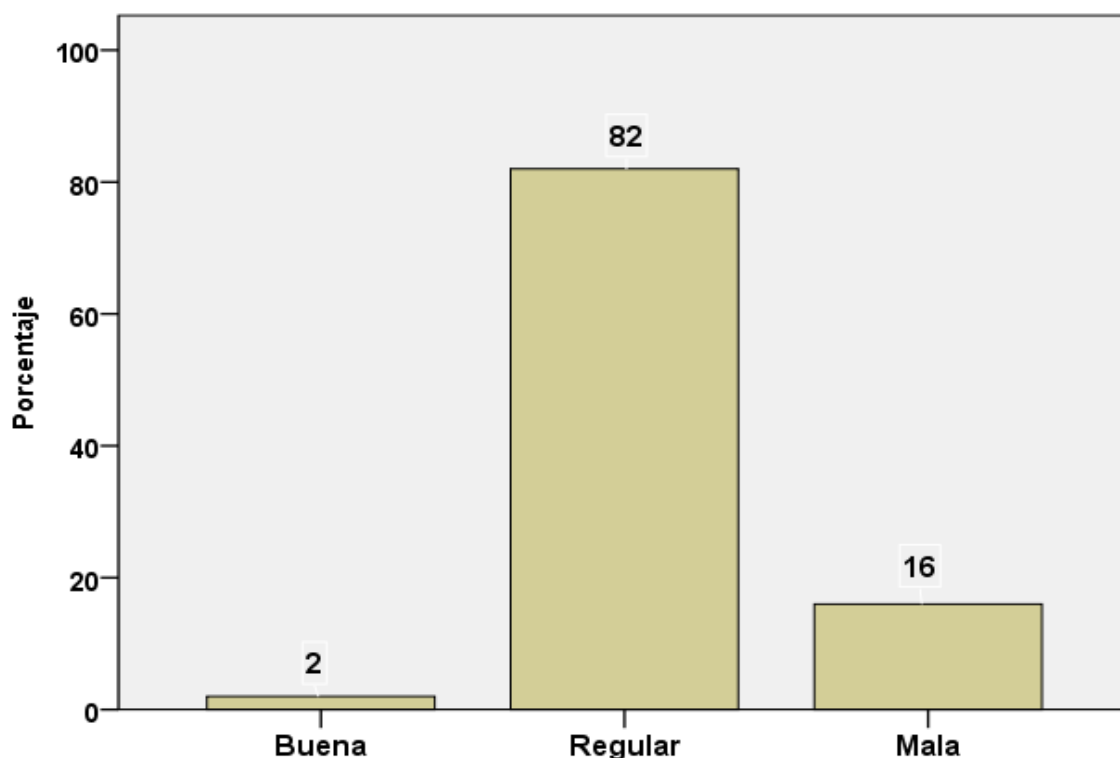


Figura 7. Barras Niveles de la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

En la Tabla 10 y Figura 7, también en relación a los resultados obtenidos de la información recolectada del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, donde se pudo observar que el 82% perciben una regular toma de muestra de sangre, el 16% tienen una percepción regular de la toma de muestra de sangre y sólo el 2% perciben una buena toma de muestra de sangre, tal como se aprecia en la Figura 2.

Tabla 11

Niveles de percepción de la dimensión identificación del paciente del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	22	22.0
	Regular	46	46.0
	Buena	32	32.0
	Total	100	100.0

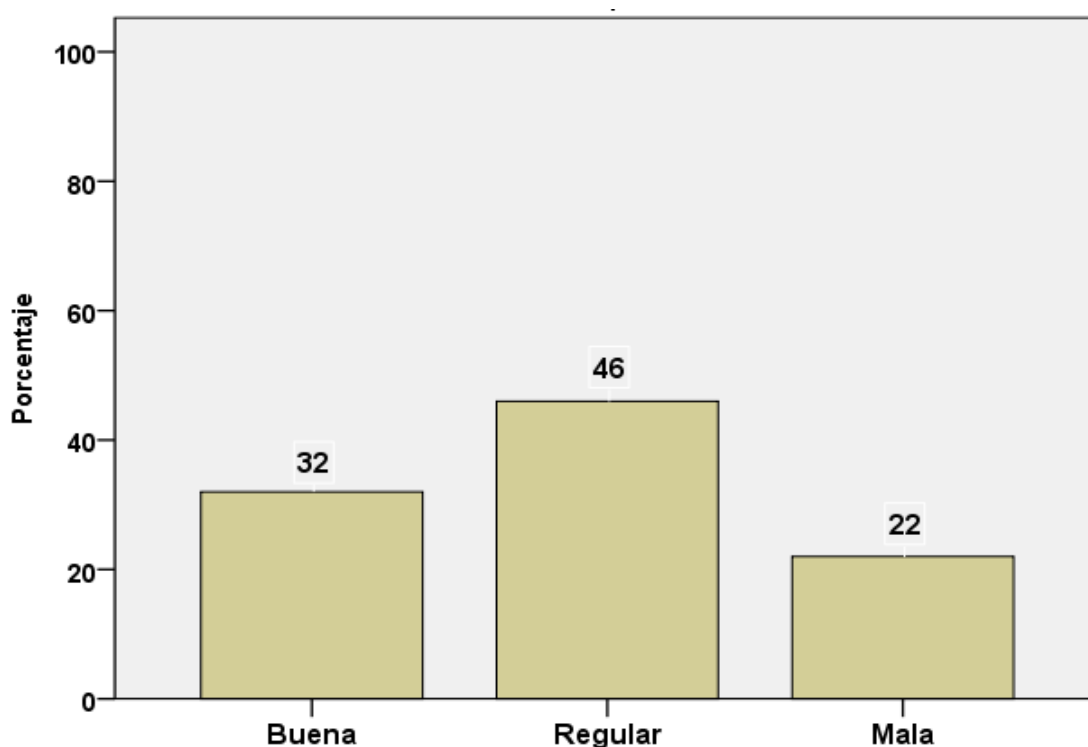


Figura 8. Barras Niveles de percepción de la dimensión identificación del paciente del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

De acuerdo a lo observado en la Tabla 11 y Figura 8, se comprobó que el 46% de los encuestados tuvieron una regular percepción sobre la identificación del paciente, en tanto que el 32% tuvieron una buena percepción y el 22% tuvieron una mala percepción. En este sentido, son cifras similares que nos hacen afirmar que no existe una situación adecuada sobre la determinación del paciente y conocer la zona de punción y el tiempo antes de la toma de sangre.

Tabla 12

Niveles de percepción de la dimensión almacenamiento y búsqueda de información del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	21	21.0
	Regular	47	47.0
	Buena	32	32.0
	Total	100	100.0

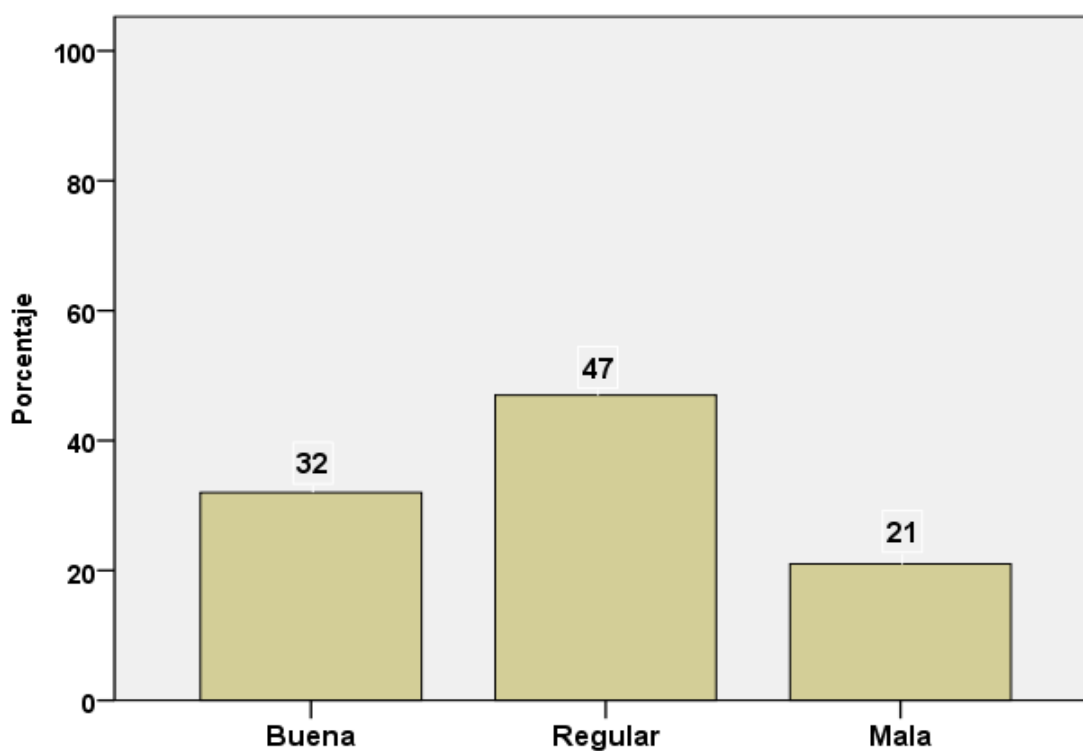


Figura 9. Barras Niveles de percepción de la dimensión almacenamiento y búsqueda de información del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

En la Tabla 12 y Figura 9, se puede observar que el 47% de los encuestados tuvieron una regular percepción del almacenamiento y búsqueda de información, mientras que el 32% tuvieron una buena percepción y el 21% tuvieron una mala percepción. Mostrando que hay ciertas deficiencias en el manejo y almacenamiento de las muestras de sangre a los pacientes.

Tabla 13

Niveles de percepción de la dimensión solicitudes de prueba de laboratorio del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	13	13.0
	Regular	57	57.0
	Buena	30	30.0
	Total	100	100.0

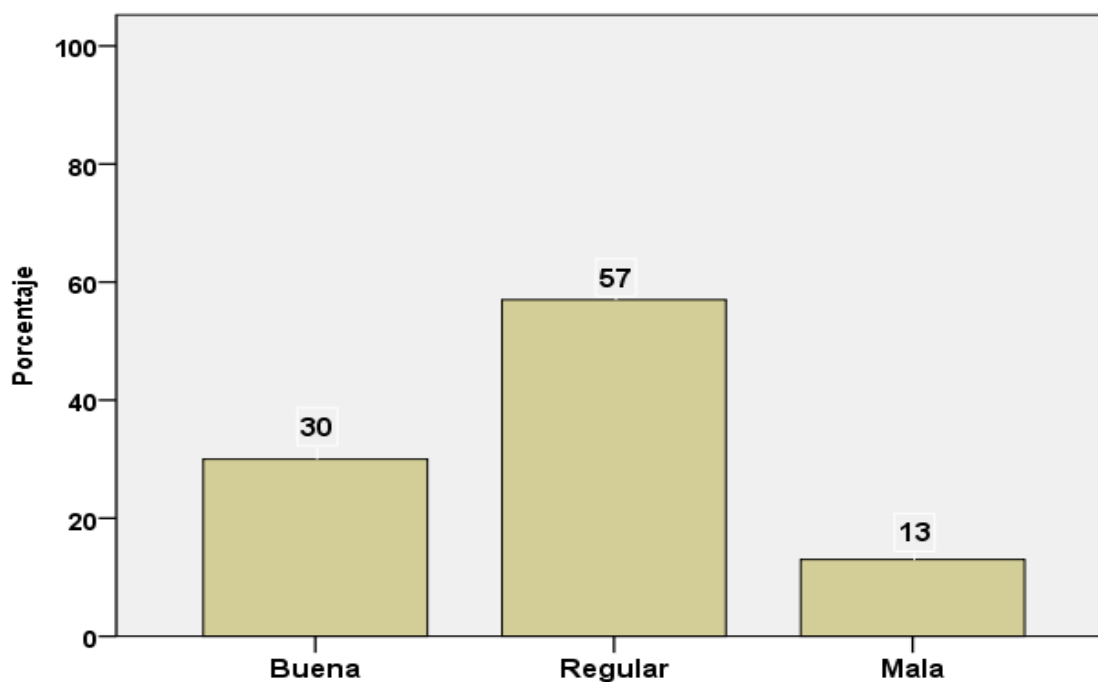


Figura 10. Barras Niveles de percepción de la dimensión solicitudes de prueba de laboratorio del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

La Tabla 13 Y Figura 10 nos muestra que el 57% de los encuestados tienen una regular percepción sobre la dimensión solicitudes de prueba de laboratorio, mientras que el 30% tuvieron una buena percepción y el 13% tuvieron una mala percepción. Esto debido a que hay una regular organización de las citas de los pacientes y una deficiente señalización de los tubos donde se alojaron las muestras de sangre.

Tabla 14

Niveles de percepción de la dimensión notificación de errores y sugerencias del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	56	56.0
	Regular	44	44.0
	Buena	0	0.0
	Total	100	100.0

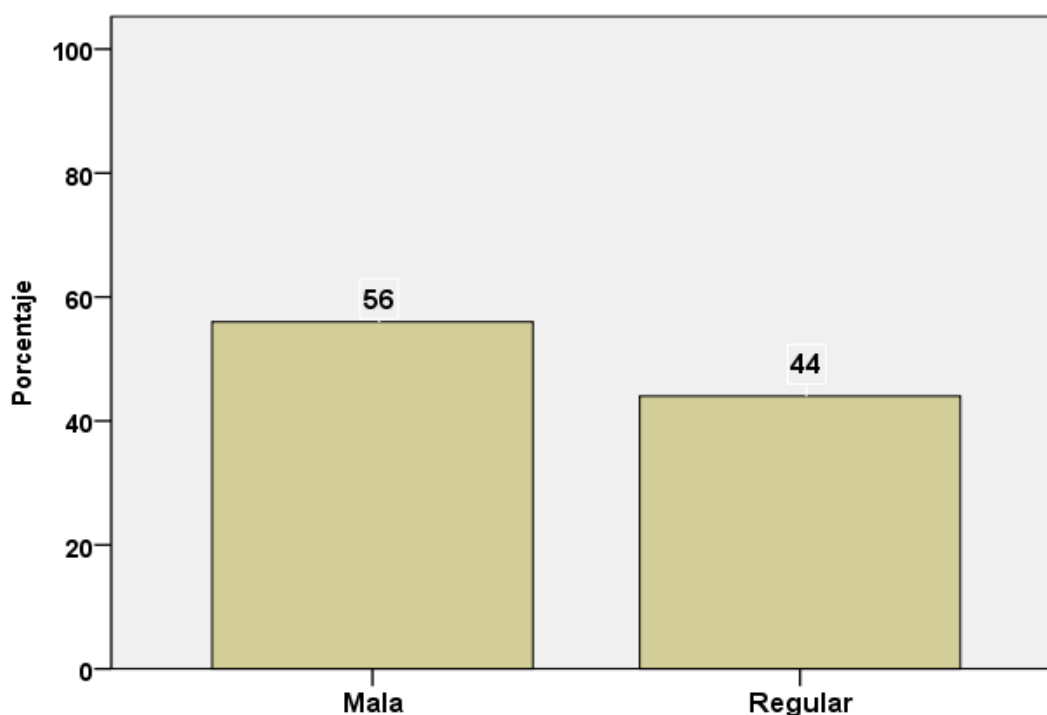


Figura 11. Barras Niveles de percepción de la dimensión notificación de errores y sugerencias del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay.

En la Tabla 14 y Figura 14, se puede observar que el 56% tuvieron una mala percepción sobre la notificación de errores y sugerencias y el 44% tuvieron una regular percepción. Esto es preocupante, ya que son porcentajes muy altos que determinan que no hay una correcta consideración de los errores y se debe mejorar la técnica de la toma de muestras de sangre a los pacientes.

3.2. Contrastación de hipótesis.

Hipótesis general

- H₀: No existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.
- H₁: Existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.
- Nivel de significancia: Se alcanza un nivel de significancia del 5%, es decir del 0,05.
 - Zona de rechazo: Para toda probabilidad mayor que 0,05, se admite H₀ y se deniega H₁.
 - Estadístico de prueba: Rho de Spearman.

Tabla 15

Correlación entre las variables Cultura de seguridad del paciente y la práctica de la toma de muestra de sangre en la Red de Salud Huaral Chancay, 2016

			Toma de muestra de sangre
Rho de Spearman	Cultura de seguridad del paciente	Coeficiente de correlación	0.304
		Sig. (bilateral)	0.002
		N	100

d) Regla de decisión:

Sig > 0,05: Se acepta H₀

Sig < 0,05: Se rechaza H₀

Interpretación: se muestra una correlación positiva de 0,304 y se indica que la Sig. (Significancia asintótica) señalada por SPSS es 0,002 menor a 0,05, en tal sentido se decide rechazar la Hipótesis nula (H₀) y aceptar la Hipótesis alterna (H₁); en consecuencia: Existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis Específicas

Hipótesis específica 1

- H₀: No existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.
- H₁: Existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.
- Nivel de significancia: Se alcanza un nivel de significancia del 5%, es decir del 0,05.
 - Zona de rechazo: Para toda probabilidad mayor que 0,05, se admite H₀ y se deniega H₁.
 - Estadístico de prueba: Rho de Spearman.

Tabla 16

Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y la práctica de la toma de muestra de sangre en la Red de Salud Huaral Chancay, 2016

		Toma de muestra de sangre	
Rho de Spearman	Seguridad en el área de trabajo	Coeficiente de correlación	0.098
		Sig. (bilateral)	0.333
		N	100

d) Regla de decisión:

Sig > 0,05: Se acepta H₀

Sig < 0,05: Se rechaza H₀

Interpretación: se muestra una correlación positiva y débil de 0,098 y se indica que la significancia asintótica es 0,333 mayor a 0,05, se decide aceptar la Hipótesis nula (H₀) y rechazar la Hipótesis alterna (H₁); en consecuencia: No existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente según la

dimensión seguridad en el área de trabajo y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis específica 2

- H₀: No hay relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.
- H₁: Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.
- Nivel de significancia: Se alcanza un nivel de significancia del 5%, es decir del 0,05.
 - Zona de rechazo: Para toda probabilidad mayor que 0,05, se admite H₀ y se deniega H₁.
 - Estadístico de prueba: Rho de Spearman.

Tabla 17

Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la toma de muestra de sangre en la Red de Salud Huaral Chancay, 2016

		Toma de muestra de sangre	
Rho de Spearman	Seguridad brindada por la dirección	Coeficiente de correlación	0.132
		Sig. (bilateral)	0.191
		N	100

d) Regla de decisión:

Sig > 0,05: Se acepta H₀

Sig < 0,05: Se rechaza H₀

Interpretación: se muestra una correlación positiva de 0,132 y se indica que la significancia asintótica es 0,191 mayor a 0,05, se decide aceptar la Hipótesis nula (H₀) y rechazar la Hipótesis alterna (H₁); en consecuencia: No existe relación

entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis específica 3

- H₀: No existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.
- H₁: Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.
- Nivel de significancia: Se alcanza un nivel de significancia del 5%, es decir del 0,05.
 - Zona de rechazo: Para toda probabilidad mayor que 0,05, se admite H₀ y se deniega H₁.
 - Estadístico de prueba: Rho de Spearman.

Tabla 18

Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y la toma de muestra de sangre en la Red de Salud Huaral Chancay, 2016

		Toma de muestra de sangre	
Rho de Spearman	Seguridad desde la comunicación	Coeficiente de correlación	0.223
		Sig. (bilateral)	0.026
		N	100

d) Regla de decisión:

Sig > 0,05: Se acepta H₀

Sig < 0,05: Se rechaza H₀

Interpretación: se muestra una correlación positiva de 0,223 y se indica que la significancia asintótica es 0,026 menor a 0,05, se decide rechazar la Hipótesis nula (H₀) y aceptar la Hipótesis alterna (H₁); en consecuencia: Existe relación

entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis específica 4

- H₀: No existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.
- H₁: Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.
- Nivel de significancia: Se alcanza un nivel de significancia del 5%, es decir del 0,05.
 - Zona de rechazo: Para toda probabilidad mayor que 0,05, se admite H₀ y se deniega H₁.
 - Estadístico de prueba: Rho de Spearman.

Tabla 19

Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y la toma de muestra de sangre en la Red de Salud Huaral Chancay, 2016

		Toma de muestra de sangre	
Rho de Spearman	Frecuencia de sucesos notificados	Coeficiente de correlación	0.125
		Sig. (bilateral)	0.216
		N	100

d) Regla de decisión:

Sig > 0,05: Se acepta H₀

Sig < 0,05: Se rechaza H₀

Interpretación: se muestra una correlación positiva y débil de 0,125 y se indica que la significancia asintótica es 0,216 mayor a 0,05, se decide aceptar la Hipótesis nula (H_0) y rechazar la Hipótesis alterna (H_1); en consecuencia: No existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.

Hipótesis específica 5

- H_0 : No existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.
- H_1 : Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.
- Nivel de significancia: Se alcanza un nivel de significancia del 5%, es decir del 0,05.
 - Zona de rechazo: Para toda probabilidad mayor que 0,05, se admite H_0 y se deniega H_1 .
 - Estadístico de prueba: Rho de Spearman.

Tabla 20

Correlación entre la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre en la Red de Salud Huaral Chancay, 2016

		Toma de muestra de sangre	
Rho de Spearman	Seguridad desde la atención primaria	Coeficiente de correlación	0.100
		Sig. (bilateral)	0.323
		N	100

d) Regla de decisión:

Sig > 0,05: Se acepta H_0

Sig < 0,05: Se rechaza H_0

Interpretación: Se muestra una correlación positiva de 0,100 y se indica que la significancia asintótica es 0,323 mayor a 0,05, se decide aceptar la Hipótesis nula (H_0) y rechazar la Hipótesis alterna (H_1); en consecuencia No existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral - Chancay 2016.

IV. Discusión

Se realiza la contrastación y discusión de los resultados, que sustentaron y han dado origen a este estudio, relacionando las hipótesis planteadas, con la finalidad de justificar los supuestos de trabajo que se han planteado, y tener más información en la apertura de nuevas investigaciones en el estudio sobre la cultura de seguridad del paciente y la toma de muestras de sangre.

De acuerdo a lo analizado por la Organización Mundial de la Salud, en los países en vía de desarrollo se ha observado que el 77% de la ocurrencia de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad. El mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de que se presente esta alta incidencia de eventos evitables. Es así que se presentan casos en la mayoría de los países de América Latina con la seguridad en la atención de los pacientes es una de las variables que determinan la calidad de la atención en salud, pues no solo es una obligación ética de las instituciones sino también una responsabilidad legal.

Se presenta la hipótesis general donde los resultados demuestran que existe una relación significativa entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de muestra de sangre según la percepción del personal que labora en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016. Estos hallazgos se relacionan con Giménez (2013) con su tesis quién reportó mediante la aplicación de un cuestionario concluyó que a evaluación de la cultura y el discurso de directivos y gestores en relación con la seguridad del paciente permite identificar aspectos clave como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras.

Asimismo al contrastar la hipótesis específica se obtuvo que existe una relación significativa entre cultura de la seguridad del paciente y la práctica de la toma de muestra de sangre según la percepción del personal que labora en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016. Al respecto estos hallazgos se relacionan con Barona, Caro y Golber (2012) en su tesis tuvieron como objetivo evaluar el impacto del programa de seguridad del paciente, en la

incidencia de los eventos adversos reportados de la unidad de cuidados intensivos pediátricos entre el año 2010 y el año 2011; concluyendo que el programa de seguridad del paciente se ha enfocado en generar exclusivamente cultura del reporte, razón por la cual no ha impactado al evidenciarse recurrencia de eventos adversos en el mismo paciente y/o del mismo evento, considerando que todos los eventos adversos reportados fueron evitables, lo cual evidencia falta de análisis y falta de directriz en la elaboración de planes de mejoramiento efectivos.

Por otro lado encontramos que Da Silva, De Souza y Saturno (2013) en su tesis, tuvieron como objetivo describir la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en una red de hospitales públicos, según las percepciones de los profesionales sanitarios, y analizar la asociación de factores sociolaborales. La dimensión “trabajo en equipo en la unidad” se destacó con el mayor PRP (73.5) y “dotación de personal” con el mayor PRN. Los factores más asociados a la CSP ($p < 0,05$) fueron el “servicio” (farmacéutico y quirúrgico) y la “profesión” (enfermería), ambos de forma positiva. Así, la mejora de la CSP debe centrarse en la racionalidad de la dotación del personal y aprovecharse de la buena relación dentro de las unidades, utilizando los servicios farmacéutico y quirúrgico, y los enfermeros, como benchmark para otros servicios y profesionales. Estos resultados nos dan a entender que la relación entre la variable cultura de la seguridad del paciente según la dimensión Seguridad en el área de trabajo y la toma de muestra de sangre, la correlación es muy baja y por lo tanto se debe considerar que los ambientes donde se desarrollan las tomas de muestra de sangre no son las mas adecuadas.

En cuanto al resultado que considera la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de muestra de sangre según la dimensión Seguridad desde la comunicación al comparar con la investigación de Soria que tuvo como objetivo conocer la percepción del error en la asistencia del paciente, los aspectos positivos (fortalezas) y negativos (debilidades) de la cultura de la seguridad (CS) que tienen los médicos y enfermeros que trabajan en la UCIN, permite establecer prioridades en los procesos de gestión y comunicación del error, contribuyendo a una maternidad segura y centrada en la familia. S

necesario apuntar que la identificación y comunicación de los eventos adversos es prioritaria y un desafío urgente. La seguridad es una responsabilidad compartida con los líderes, que deben mejorar la confianza y fortalecer la comunicación, base de una CS positiva y proactiva capaz de evidenciar el impacto que tienen los errores en la salud de los neonatos.

Como se ha considerado las dimensiones Seguridad desde la comunicación y Frecuencia de sucesos notificados, es importante señalar que la difusión de estos eventos que pueden ser adversos al desarrollo de las actividades dentro de una institución que brinda los servicios de salud, es importante destacar las cifras de las percepciones de los encuestados como los que se observan en la investigación realizada por Martínez (2013) que al realizar un análisis de cómo se percibe la Cultura de la Seguridad del Paciente solamente el 17,9% comunicó de manera escrita que existieron algunos eventos adversos en el último año, siendo muy deficiente la comunicación y en la investigación que se realizó se presenciaron positivamente tanto en la dimensión Seguridad desde la comunicación donde el 60% la consideraron buena y la dimensión Frecuencia de sucesos notificados con el 53% también la consideraron buena. Esto se debe a que las disposiciones internas son más estrictas o reservadas en algunas instituciones de salud creando un hermetismo que puede ser negativo al poder mostrar cómo se realiza la seguridad del paciente. También se pudo apreciar en el estudio de Martínez (2013) que destacaron positivamente las dimensiones aprendizaje organizacional (75%) de opiniones positivas y es el trabajo en equipo dentro de cada servicio (74%). Mientras que en los resultados de la investigación realizada la Seguridad desde el nivel de atención primaria, donde se considera el trabajo en equipo y la organización muestra un 15% como buena, 75% regular y el 10% mala, en esta dimensión al comparar con el estudio de Martínez existen diferencias muy importantes que muestran que el personal no muestra un compromiso de manera organizada y cada profesional realiza su trabajo de manera personal y con cierto recelo hacia sus compañeros de trabajo, trayendo como consecuencia resultados negativos en cuanto a un trabajo grupal con fines determinados y metas en común para mejorar la estructura de la seguridad de los pacientes.

También podemos realizar una comparación entre la investigación realizada y el estudio de Pozo y Padilla (2013) que identificó 3 objetivos que consistieron en describir la frecuencia de actitudes y conductas positivas en relación a la seguridad del paciente por parte de los profesionales de la salud, 2) determinar si el nivel de cultura de seguridad del paciente difiere de otros estudios; y 3) evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora. Es así que el 50% percibieron el clima de seguridad como muy bueno, el 37% aceptable y el 7% excelente. Mientras que en la investigación la Cultura de seguridad del paciente se mostró que la percepción de los trabajadores fue buena (18%) y regular (82%), existiendo diferencias que se pueden solucionar con planificación de estrategias favorables a la mejora de la seguridad del paciente, de acuerdo a sus dimensiones también se puede indicar que destacaron Trabajo en equipo dentro de las unidades (80.8%) y Expectativas y acciones de la dirección (80.5%), en relación a la investigación donde la dimensión Seguridad desde el nivel de atención primaria que relaciona el trabajo en equipo y el apoyo mutuo presentaron un 75% regular, 15% buena y 10% mala, que al comparar las cifras con el estudio de Pozo y Padilla se puede apreciar que es más favorable debido a que existe un compromiso mutuo de los profesionales en su institución y que se percibe al obtener los datos en la investigación, así se considera que las acciones a tomar nuevamente como la comparación con un estudio anterior es que se debe realizar una reunión periódica con los profesionales, motivarlos y organizarlos, en todo caso fomentar la unión y compromiso organizado para mejorar el nivel de atención tanto individual como colectivo y también en el prestigio de la institución, trabajar de manera aislada lo que hace es crear conflictos personales y un ambiente laboral inadecuado.

También se pueden considerar según el estudio de Pozo y Padilla, en relación a las dimensiones que merecen una consideración especial de mejora se encontraron la Dotación de personal (37.9%), Respuesta no punitiva a los errores (41,6%) y Notificación de eventos adversos (49.0%), que al compararse con los realizados en la investigación realizada, tomando en consideración las dimensiones Seguridad desde la comunicación existe un 60% que tuvo una percepción buena y en relación a la Frecuencia de sucesos notificados que engloba la comunicación de eventos adversos, el 53% percibe como buena,

considerando que hay una buena disponibilidad y aceptación por parte de los directivos de conocer cuáles son las dificultades y deficiencias en los servicios para poder tomar las medidas correctivas.

En cuanto al objetivo relacionado a la seguridad desde la comunicación Alvarado (2014) en su tesis, tuvo el objetivo central de la presente investigación fue analizar las relaciones que pudieran existir entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que existe en el Centro Médico Naval con la finalidad de generar alternativas viables que permitan mejorar significativamente la calidad de la atención a los pacientes que concurren allí. Los resultados estadísticos nos indican que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se encuentran relacionados significativamente, igualmente se ha encontrado que los médicos valoran mejor el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que las enfermeras, mientras que la investigación realizada nos demostró que existe una relación muy baja y positiva del 0,100, pero no se aceptó la hipótesis alterna, por lo que se identificaron desigualdades entre las variables de acuerdo a esta dimensión.

De acuerdo con lo anterior, las proyecciones que hacen los trabajadores de la salud acerca de la seguridad del paciente se relacionan principalmente con cambios en el contexto del ejercicio profesional (mejora en la distribución de recursos humanos y condiciones laborales adecuadas) desde la gerencia hospitalaria, mientras que los pacientes demandan información clara, oportuna y precisa de las pruebas que se van a realizar en el laboratorio.

V. Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados se establecen las siguientes conclusiones en la presente investigación:

Primera Luego de contrastar las hipótesis y aceptando la hipótesis alterna, se puede afirmar sobre la existencia de una relación significativa entre la cultura de la seguridad del paciente y la práctica de la toma de muestra de sangre en el personal de los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016. Rho de Spearman 0,304 y significancia asintótica es $p = 0.002 < 0.05$

Segunda Se puede afirmar que, de acuerdo a los resultados, se aceptó la hipótesis nula afirmando que no existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y la práctica de la toma de muestra en el personal de los respectivos laboratorios de la Red de Salud Huaral - Chancay 2016. Rho de Spearman 0,098 y significancia asintótica es $p = 0.333 > 0.05$

Tercera Se puede confirmar que, aceptando la hipótesis nula, la no existencia de una relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada exclusivamente por la dirección y la práctica de la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red Salud Huaral - Chancay 2016. Rho de Spearman 0,132 y significancia asintótica es $p = 0.191 > 0.05$

Cuarta Se puede confirmar que, aceptando la hipótesis alterna, sobre la existencia en la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y la práctica de la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016. Rho de Spearman 0,223 y significancia asintótica es $p = 0.026 < 0.05$.

Quinta Se puede confirmar que, aceptando la hipótesis nula, no existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión

frecuencia de sucesos notificados y la práctica de la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016. Rho de Spearman 0,125 y significancia asintótica es $p = 0.216 > 0.05$.

Sexta Finalmente, los resultados confirmaron que no existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la práctica de la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016. Rho de Spearman 0,100 y significancia asintótica es $p = 0.323 > 0.05$

VI. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos, considerando la investigación y la relación que acepta las hipótesis planteadas, realizaré las siguientes recomendaciones:

- Primera** .A las autoridades de la Red de Salud Huaral – Chancay. Capacitar al personal que ejerce labores en los laboratorios de la red a su cargo para mejorar el desarrollo de acciones y de manera coordinada a fin de poder considerar los aspectos de conocimiento e iniciativa y, de esta manera, conocer las situaciones en las cuales se pueden presentar, requiriéndose mayor concentración y preparación para realizar una correcta y apropiada toma de muestra de sangre.
- Segunda** Al personal que ejerce labores en los laboratrios de la Red de Salud Huaral – Chancay A veces, en nuestra práctica diaria, confiamos excesivamente en nuestra memoria y en nuestra experticia, obviando aquellas comprobaciones vitales que nos confirman que estamos atendiendo a la persona correcta, cuando marcamos los tubos que contienen las muestras posterior a la toma en lugar de hacerlo desde el inicio, cuando pasamos por alto verificaciones críticas porque nos confiamos de que todo marcha a la perfección y que nunca vamos a estar involucrados en un error de este tipo.
- Tercera** Al personal que ejerce labores en los laboratrios de la Red de Salud Huaral – Chancay Considerar las capacitaciones y actualizaciones de las nuevas investigaciones y considerar el manejo óptimo de muestras en un laboratorio, además de mantener los niveles de seguridad óptimos para no tener problemas posteriores con las muestras que se recolectan, evitando cualquier accidente que se pueda presentar y plantear las alternativas de solución a algunos problemas que se puedan presentar en el ejercicio de las tareas por día.

Cuarta A las autoridades de la Red de Salud Huaral – Chancay

Auspiciar concursos públicos de técnicos y profesionales de salud con espíritu de vocación y con deseo de superación. Por el contrario evitar el clientilismo o favores políticos. De esta manera se asegurara la atención de calidad y calidez que los usuarios merecen recibir.

Quinta A las autoridades de la Red de Salud Huaral – Chancay

Elegir a los jefes de Departamentos y servicios del Laboratorio profesionales preparados, con algún curso de gestión y de talento humano, también con previa evaluación curricular. Puesto que muchas veces se observa la elección por años de servicio y no necesariamente al más preparado profesionalmente, en estos cargos. Debido a ello surgen los malos manejos logísticamente y abusos de autoridad al personal que labora en dichas instituciones y como sabemos estos casos no son denunciados públicamente por temor al despido arbitrario.

Sexta A las autoridades de la Red de Salud Huaral – Chancay

Considerar de suma importancia las capacitaciones del personal a su cargo, que lo realizan con sus propios medios económicos y que a veces son negados los permisos por el dicho de siempre “falta de personal”. Erróneamente son ubicados profesionales preparados en áreas que no le corresponden debido a sus competencias simplemente por no tener una amistad estrecha con el jefe de turno o por envidia profesional. Debemos pensar que trabajamos para personas y estas actitudes no contribuyen a mejorar la atención de los usuarios

Septima. A los usuarios que acuden a los respectivos laboratorios de la Red de Salud Huaral – Chancay

Fomentar el respeto y cordialidad entre el personal y los usuarios,

considerando los aspectos externos que pueden presentar en el momento de la toma de muestra de sangre, los cuales puedan alterar el normal comportamiento de las personas. Es importante tomar en cuenta que existirán días difíciles en el ambiente laboral; sin embargo, si llegamos a resolver los problemas ocurrentes de una manera productiva, se mejorará la visión laboral con la que contamos y, consecuentemente se realizará una mejor calidad de atención en el trabajo.

VII. Referencias

- Alvarado, C. (2014) *Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Ciencias Economicas Unidad de Posgrado.
- Álvarez, C. Ortega I. y Cuadrado M., (2012). *La seguridad del paciente en el laboratorio clínico. Implantación de un protocolo de identificación inequívoca de paciente*. *Revista de Laboratorio Clínico Español*. 05 .01.
- Antezana, C. (2013) *Revista Conexión ESAN*.pg 103-105. Publicado el 22-04-2013.
- Aranaz, A. (2006). *La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica*. *Gac Sanit*; 20 ;1-7
- Barba, J. (2010) *Contribución del laboratorio clínico en la seguridad del paciente*. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab* 2014; 61 (1): 11-23.
- Barona, M., Caro, T. y Golber E. (2012) *Impacto del programa de seguridad del paciente, en la incidencia de los eventos adversos de la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos de la Clínica Farallones S.A.* 2010 y 2011.
- Bueno, C., Cabeza, S. y Sanabria, M. (2012) *Medición de la cultura del profesional de enfermería frente a la seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario de Santander (HUS)*. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Salud.
- Cadillo, L. y Vega, N. (2016) *Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de los servicios de urgencias*. Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud.

- Carreón, J., Terrés, A., Navarrete, E. (2013). *Presentación del Programa para la Mejora de la calidad, bioética y relevancia médica para los laboratorios clínicos de América Latina*. *Rev Latinoam Patol Clin Mede Lab.*: 60 (3): 131-135.
- Colla, JB, Bracken, AC, Kinney, LM, Weeks, WB. (2005) *Measuring patient safety climate: a review of surveys*. *Qual Saf Health Care* 2005; 14:364- 366.
- Cooper, M. (2000) Towards a model of safety culture. *Saf Sci* 2000; 36: 111-136
- Da Silva, A., De Souza, A. y Saturno, P. (2013) *Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(2):283-293, feb, 2013
- Fajardo, G., Rodríguez J., Fuentes D., Arboleya H., Rojano C., Hernández F. y Santacruz J. (2010) *Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud*. *Cirugía y Cirujanos Volumen 78, No. 6*, Noviembre-Diciembre 2010.
- Fajardo, D., Lamy P., Rodríguez, S., Fuentes D., Lucero M, Hernández T et al. (2010) *Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud*. *Rev Conamed* 2010; 15:29- 36.
- Giménez, T. (2013) *Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón*. Universidad de Zaragoza España. https://ac.els-cdn.com/S0213911117300687/1-s2.0-S0213911117300687-main.pdf?_tid=c6151f11-fc09-4432-b800-f55d3aed56c9&acdnat=1523108111_8608a1fc068247cb2972b9ca057350a0

- Gómez, O., Arenas, W., González, L., Garzón, J., Mateus, E., y Soto, A. (2011). *Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia*. Ciencia y enfermería, 17(3), 97-111.
- Grenny, J. (2009) *Crucial conversations: the most potent force for eliminating disruptive behavior*. Health Care Manag 2009; 28: 240-245.
- Grote, G. y Kunzler, C. (2000) *Diagnosis of safety culture in safety management audits*. Saf Sci 2000; 34: 131-150.
- Hernández, R., Baptista, P. y Fernández, C. (2006). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw Hill.
- Hernández, Y., Joaquin, A., Garcia, C., Lopera, E., Luna, R. y Fernandez, J. (2013). *Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud (España)*. Rev Conamed 2013; 18(4): 148-156
- Jurado, R., López, B., (2011) *La gestión por procesos en el laboratorio clínico como herramienta para disminuir los errores preanalíticos*. Rev Lab Clin. 2012;5 (2):57---67.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México. McGraw Hill.
- Leiker, M. (2009) *Sentinel events, disruptive behavior, and medical staff codes of conduct*. WMJ 2009; 108:333-334.
- Martínez, C. (2013) *Análisis de la cultura de seguridad del paciente aplicado en la clínica Las Américas. Medellín (Colombia)*. Universidad de Murcia. Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias Sociosanitarias http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001369528

- Mélendez, C., Garza, R., González, F., Castillo, S., González, S. y Ruiz, E. (2014) *Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México*. Rev Cuid 2014; 5(2): 774-81.
- Merino, M. (2012) *La seguridad del paciente un reto para atención sanitaria*, 2012, Madrid, España. RC Libros.
- Mejía, E. (2005). *Técnicas e instrumentos de investigación*. Lima: UNMSM.
- Ministerio de Salud (2008) *Sistema de gestión de la calidad en salud*, documento técnico N° - MINSA / DGSP – V. 04:
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (5 Nov 2011) *Laboratorio Clínico Central Estándares y recomendaciones de calidad seguridad*. Centro de publicaciones Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (junio 2007) *Actualización de la fase preanalítica de los laboratorios clínicos del Hospital "Cruz Roja" del Ingesa de Ceuta*, Colección Editorial de Publicaciones del INGESA: 1.86028014 Madrid España
- Moran, L. (2005) *Obtencion de muestras sanguíneas de calidad analítica, mejora continua de la etapa preanalítica*. Mexico
https://books.google.com.pe/books?id=PV07zds-koC&printsec=frontcover&dq=tecnicas+de++toma+de+muestra++moran&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjZiPCR_oHbAhWjnOAKHXliA4wQ6wEIKDAA#v=onepage&q=tecnicas%20de%20%20toma%20de%20muestra%20%20moran&f=false
- Muñoz, L. (2015,) *Diseño del programa seguridad del paciente del Laboratorio Clínico Especializado de la Universidad del Cauca*.
<http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1592/Mu%C3%B1ozLina2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ortiz, Z. (2009) *Seguridad del paciente*. Revista seguridad en el paciente y error en medicina instituto de investigaciones epidemiológicas. <http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/sepa/>

National committee for clinical laboratory standards. USA nccls Pub H3 - A3, 1991. <https://clsi.org>

Pérez, C. y Vázquez, J., Jaramillo C., Olvera, L., Burgos L. Pastrana, A., González, A. Delgado, M., Márquez, H. y Real, F. (2014) *Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social*. Rev CONAMED 2014; 19(2):52-58.

Pozo, F. y Padilla, V. (2013) Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Revista de calidad asistencial* 2013; Vol 28 N° 6, pp 329-336.

Soria, E. (2012) *Cultura de la seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos neonatales*. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba; s.n; 2012. [v],121 p. ilustr.

Terrés, A. (2013) *Guía Latinoamericana para la Mejora de la Calidad, Bioética y Relevancia Médica de los Laboratorios Clínicos*. Rev Latinoam Patol Clin Med Lab. 60 (3): 141-165.

Tejedor, F. J. (Coord.) (2010) *Evaluación de procesos de innovación escolar basados en el uso de las TIC desarrollados en la Comunidad de Castilla y León* (Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca).

Tylor, E. (1981) *Cultura Primitiva* .tomo 2(Editorial: Ayuso) pag 50-55. <https://www.casadellibro.com/libro-cultura-primitiva-t-2/9788433601957/205345>

Tucker, AL, Nembhard, IM, Edmondson, (2007)AC. Implementing new practices:

An empirical study of organizational learning in hospital intensive care units. Manage Sci. 53: 894-907.

Vítolo, F. (2010) NOBLE S.A. Laboratorios de Análisis Clínicos: *Errores más Frecuentes y Manejo de Riesgos*. http://www.nobleseguros.com/articulos_noble/46.pdf

Wachter, RM. (2010) *Comprendiendo la seguridad del paciente*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 45-56.

VIII. Anexos

ANEXO A
Matriz de consistencia

TÍTULO: “ Cultura de seguridad del paciente en relacion a la práctica de toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016” AUTORA: Br. Minaya Higinio, Giovana						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
Problema principal: ¿Cuál es la relación que existe entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016? Problemas secundarios: Problema Especifico 1 ¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016? Problema Especifico 2 ¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016?	Objetivo general: Existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de salud Huaral Chancay 2016. Objetivos específicos: Objetivo Especifico 1 Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de salud Huaral Chancay 2016. Objetivo Especifico 2 Determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.	Hipótesis general: Identificar la relación que existe entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016. Hipótesis específicas: Hipótesis Específica 1 Existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente según la dimensión seguridad en el área de trabajo y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de salud Huaral Chancay 2016. Hipótesis Específica 2 Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad brindada por la dirección y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.	Variable 1: Cutura de la seguridad del paciente			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Seguridad en el área de Trabajo	Medio ambiente de trabajo adecuado, condiciones de salud y seguridad justas	1 – 18	(3) Nunca (2) A veces (1) Siempre
			Seguridad brindada desde la dirección.	Respaldo por las autoridades superiores	19 – 22	
			Seguridad desde la comunicación	Favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y es una prioridad	23 – 28	
			Frecuencia de sucesos notificados	Información de los errores, cambios que se han implementado y modos de prevenir errores	29 – 31	
			Seguridad desde el nivel de atención primario	Apoyo mutuo, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo	32 - 41	

<p>Problema Especifico 3 ¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016?</p> <p>Problema Especifico 4 ¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016?</p> <p>Problema Especifico 5 ¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016?</p>	<p>Objetivo Especifico 3 Determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y la e toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.</p> <p>Objetivo Especifico 4 Determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.</p> <p>Objetivo Especifico 5 Determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.</p>	<p>Hipótesis Específica 3 Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la comunicación y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.</p> <p>Hipótesis Específica 4 Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión frecuencia de sucesos notificados y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.</p> <p>Hipótesis Específica 5 Existe relación entre la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la red de salud Huaral Chancay 2016.</p>	Variable 2: Práctica de la toma de muestral de sangre			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Identificación del paciente	Determinación de la identidad del paciente, conocimiento de la zona de punción y tiempo de descanso antes de la toma de muestra de sangre	1 - 20	Ordinal
			Almacenamiento y búsqueda de información	Mostrar seguridad en la toma de muestra de sangre y su almacenaje	21 - 26	
			Solicitudes de pruebas de laboratorio	Organización de citas para atención de toma de muestras de sangre. Señalización correcta de los tubos donde se alojan las muestras de sangre	27 – 35	
			Notificación de errores y sugerencias	Corrección de errores y mejorar la técnica de la toma de muestra de sangre.	36 - 41	

ANEXO B
instrumento de toma de datos

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POST GRADO

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD

Esta encuesta recoge su opinión acerca de Cultura de seguridad del paciente, sus respuestas son anónimas, por lo que le solicitamos que conteste todas. Para ello debe responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las preguntas de acuerdo a la siguiente Escala:

Nunca 1, A veces 2, Siempre 3

	Seguridad en el área de trabajo			
1	¿Ud. considera que el personal de laboratorio demuestra compromiso y proactividad con el área de laboratorio?	1	2	3
2	¿Ud. Considera que el personal de laboratorio cuenta con exceso de trabajo en el área de laboratorio?	1	2	3
3	¿Ud. Considera que cuando hay mucho trabajo, se trabaja en equipo en el laboratorio hasta terminarlo?	1	2	3
4	¿Ud. siente que en esta área de laboratorio el personal de salud se comunica con respeto y cordialidad?	1	2	3
5	¿Ud. Observa que en el laboratorio el personal trabaja más horas de lo conveniente para el cuidado del paciente?	1	2	3
6	¿Ud. ha notado que hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente?	1	2	3
7	¿Ud., está de acuerdo que se contrate más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente?	1	2	3
8	¿Ud. siente que sus errores son utilizados en su contra, por parte de los colegas?	1	2	3
9	¿Cuándo se detecta algún fallo, Ud. pone en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir?	1	2	3
10	¿Ud. cree que ocurren más errores en este servicio, que en otra área de atención del Hospital?	1	2	3
11	¿Ud. cuando observa que alguien está sobrecargado de trabajo, suele ayudarlo o si es Ud., siente que sus compañeros lo apoyan?	1	2	3
12	¿Cuándo Ud. informa de un evento adverso, siente que se le juzga a Ud. y no el problema?	1	2	3
13	¿Después de introducir Ud. cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, posteriormente evalúa su efectividad?	1	2	3
14	¿Frecuentemente, Ud. cuando trabaja bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente, cree que se cometen más errores?	1	2	3
15	¿Ud. cree que la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo?	1	2	3
16	¿Ud. teme que sus errores consten en sus expedientes personales?	1	2	3
17	¿Ud. cree que en su servicio tienen problemas con la seguridad de los pacientes?	1	2	3
18	¿Ud. cree que sus procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores?	1	2	3

	Seguridad brindada por la Dirección			
19	¿Ud. ha recibido comentarios favorables de parte de su jefe cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos?	1	2	3
20	¿Su jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes?	1	2	3
21	¿Cuándo la presión de trabajo aumenta, su jefe quiere que trabaje más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes?	1	2	3
22	¿Ud. observa que su jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez?	1	2	3
	Seguridad desde la comunicación			
23	¿Ud. informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se han notificado?	1	2	3
24	¿Ud. comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente?	1	2	3
25	¿Ud. y sus colegas informan sobre los errores que se cometen en este servicio?	1	2	3
26	¿Ud. se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad?	1	2	3
27	¿En este servicio, se discute sobre cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder?	1	2	3
28	¿Ud. tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien?	1	2	3
	Frecuencia de sucesos notificados			
29	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Ud. con qué frecuencia lo notifica?	1	2	3
30	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Ud. con qué frecuencia lo notifica?	1	2	3
31	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿Ud. con qué frecuencia es notificado?	1	2	3
	Seguridad desde la atención primaria			
32	¿Ud. cree que la Dirección de este Centro de salud /Hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente?	1	2	3
33	¿Ud. cree que los servicios /unidades de este Centro/Hospital no se coordinan bien entre ellos?	1	2	3
34	¿Ud. ha notado que la información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro?	1	2	3
35	¿Ud. percibe que hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro/Hospital que trabaja?	1	2	3
36	¿Ud. considera que se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno?	1	2	3
37	¿En este centro/Hospital resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades?	1	2	3
38	¿Con frecuencia cree Ud. que es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro/Hospital?	1	2	3
39	¿Ud. percibe que las acciones de la Dirección del centro /Hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria?	1	2	3
40	¿Ud. considera que la Dirección del centro/Hospital sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso adverso?	1	2	3
41	¿Ud. considera que los servicios/unidades del Centro/Hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes?	1	2	3

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POST GRADO

**CUESTIONARIO EN RELACION A LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE EN
LOS LABORATORIOS DE LA RED DE SALUD HUARAL CHANCAY 2016**

INSTRUCCIONES

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de la toma de muestra.
Sus respuestas son anónimas, por lo que le solicitamos que conteste todas. Para ello debe responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las oraciones que aparecen a continuación, de acuerdo a como piense o actúa en la toma de muestra de sangre a los pacientes que llegan al laboratorio de su establecimiento.

De acuerdo a la siguiente escala:

Nunca (1) A veces (2) Siempre (3)

IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y TOMA DE MUESTRA			
	¿Cómo y con qué frecuencia confirma la identidad del paciente cuando toma muestra de sangre?		
1.-	Le pregunto al paciente su nombre	1	2 3
2.-	Le pregunto al paciente si tiene SIS	1	2 3
3.-	Conozco al paciente y no confirmo la identidad	1	2 3
	¿En el momento de tomar la muestra de sangre ¿		
4.-	Le pregunto al paciente donde le sacan muestra frecuentemente.	1	2 3
5.-	Le pido que estire los dos brazos y elijo donde tomar la muestra.	1	2 3
6.-	Le pido que estire el brazo cerca a la mesa de toma de muestra de sangre y le tomo allí la muestra.	1	2 3
	¿En qué momento hace la limpieza de la zona de punción de sangre?		
7.-	Limpio los dos brazos y luego busco la venas	1	2 3
8.-	Limpio la zona de punción y después ubico la vena.	1	2 3
9.-	Ubico la vena y después limpio la zona de punción	1	2 3
	Si utiliza la ligadura o compresor durante la toma de muestra sanguínea, ¿Cuándo la quita?		
10.-	Utilizo la ligadura o compresor antes de toma la muestra	1	2 3
11.-	Utilizo la ligadura o compresor durante la toma de muestra	1	2 3
12.-	Utilizo la ligadura o compresor cuando finalizo la toma de muestra	1	2 3
13.-	Si hay problemas para tomar la muestra ,mantengo la ligadura tanto tiempo sea necesario	1	2 3
	¿Cuánto tiempo deja descansar al paciente (sentado) antes de la toma de muestra de sangre?		
14.-	Le toma la muestra al paciente apenas se termina de sentar.	1	2 3
15.-	Demora para realizar la toma de sangre de 0 a 5 minutos	1	2 3
16.-	Demora para realizar la toma de sangre 10 minutos	1	2 3
17.-	Demora para realizar la toma de sangre más de 15 minutos	1	2 3
	¿Cada cuánto tiempo realiza la siguiente tarea?		
18.-	Si el tubo tiene un aditivo, ¿invierte el tubo inmediatamente antes de que este lleno?	1	2 3
19.-	Si el tubo tiene un aditivo, espero que llene completamente hasta la línea que indica y luego lo invierto el tubo	1	2 3
20.-	Si el tubo tiene aditivo , no es necesario invertir el tubo, pues a medida que va ingresando la sangre se combina automáticamente	1	2 3

	ALMACENAMIENTO Y BUSQUEDA DE INFORMACION			
	¿Qué hace cuando no está seguro de que una muestra ha sido bien tomada?	1	2	3
21.-	Compruebo el manual de toma de muestra disponible en el laboratorio.	1	2	3
22.-	Compruebo la lista de instrucciones en la página de internet	1	2	3
23.-	Pregunto al profesional de turno en el laboratorio	1	2	3
	¿Cómo almacena los tubos inmediatamente después de tomar la muestra?			
24.-	Almacena los tubos de la prueba sobre una mesa u otro similar	1	2	3
25.-	Guarda los tubos con las muestras en el bolsillo de mi uniforme	1	2	3
26.-	Guarda los tubos de prueba en un soporte para los tubos de análisis	1	2	3
	SOLICITUDES DE PRUEBAS DE LABORATORIO			
	¿Normalmente indica usted la hora de la extracción en la petición?			
27.-	Indica la hora de la extracción de la toma de sangre	1	2	3
28.-	Señala la hora de extracción antes de tomar la muestra	1	2	3
29.-	Señala la hora de extracción después de tomar la muestra	1	2	3
	¿Con que frecuencia realiza las siguientes tareas?			
30.-	Compara el nombre del paciente con su número de historia o ficha de SIS	1	2	3
31.-	Pone su nombre y firma la orden que toma la muestra de sangre	1	2	3
32.-	Comprueba la orden del laboratorio que tenga el nombre correspondiente al tubo que tomo la muestra	1	2	3
	¿Cuándo etiqueta o pone nombre al tubo?			
33.-	Junto al paciente antes de tomar la muestra	1	2	3
34.-	Junto al paciente después de tomar la muestra	1	2	3
35.-	Otra persona lo hace después de la toma de muestra	1	2	3
	NOTIFICACION DE ERRORES Y SUGERENCIAS			
	Aproximadamente ¿Cuántos errores ha notificado por escrito después de haber observado o cometido un error en una toma de muestra de sangre venosa?			
36.-	Ha notificado los errores o sugerencias sobre la toma de muestra	1	2	3
37.-	Ha presentado notificaciones de uno a cinco aproximadamente	1	2	3
	Si no has realizado esa notificación, ¿Cuál o cuáles fueron las razones?			
38.-	Tiene el tiempo suficiente para notificar los errores	1	2	3
39.-	Es muy difícil poder notificar los errores que se presentan	1	2	3
	¿En qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?			
40.-	Tengo el suficiente conocimiento para mi trabajo diario respecto a la toma de muestra de sangre venosa y su manipulación.	1	2	3
41.-	La correcta recolección y manejo de las muestras de sangre venosa están considerados una prioridad en mi servicio.	1	2	3

Gracias por el cumplimiento del cuestionario

ANEXO C
Base de datos

RESULTADOS DEL INSTRUMENTO CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	TOTAL	
1	3	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	3	2	1	2	2	1	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	78
2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3	1	74
3	2	3	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	3	2	1	2	1	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	79	
4	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	1	3	2	2	1	2	2	2	3	1	1	3	3	3	1	3	2	3	3	1	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	94	
5	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	1	1	2	2	2	2	3	1	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	92	
6	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	3	3	2	1	2	2	3	1	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	91	
7	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	3	1	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2	1	3	1	89	
8	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	3	1	3	2	3	3	1	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	94	
9	3	3	2	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	95	
10	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	1	3	1	2	2	3	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	90	
11	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	2	3	3	2	3	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	3	3	3	2	1	2	2	1	1	1	86	
12	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	1	2	2	3	2	2	1	2	3	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	93	
13	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	89	
14	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	3	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	1	2	2	2	1	2	2	1	3	3	94	
15	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	1	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	3	2	3	94	
16	2	3	2	3	3	3	3	2	3	1	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	1	2	3	2	3	2	3	2	3	3	1	3	2	2	2	2	1	1	2	2	92	
17	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	1	3	2	3	3	3	2	3	1	1	3	1	3	2	3	1	2	2	2	3	2	2	2	3	1	1	2	2	3	91	
18	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	1	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	89		
19	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	94	
20	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	95	
21	3	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	90	
22	2	2	1	2	2	1	3	2	3	1	2	2	3	2	2	3	2	2	1	2	3	2	3	2	3	2	3	1	1	1	3	1	3	2	2	2	2	2	3	3	2	86	
23	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	1	3	3	3	1	3	1	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2	93	
24	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3	3	1	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	89	
25	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3	1	3	2	2	2	1	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	1	2	3	2	3	88	
26	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	3	1	3	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	88	
27	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	90
28	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2	1	3	2	3	2	3	3	1	3	2	2	3	1	3	2	2	2	3	89	
29	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	3	3	2	2	2	3	1	2	3	1	3	3	3	2	3	1	2	3	1	2	2	1	1	2	1	2	1	3	1	85	
30	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	96	
31	3	3	2	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	86	
32	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	91
33	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	3	2	3	1	3	2	1	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	94
34	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	1	3	1	3	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1	92	

35	1	3	2	2	3	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	83	
36	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	1	2	2	2	2	1	3	2	2	3	2	1	3	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	3	3	3	86	
37	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	3	3	83	
38	2	3	2	3	3	3	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	1	2	2	1	2	2	2	3	2	2	3	3	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	86		
39	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	1	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	1	2	1	2	3	1	1	2	1	1	89	
40	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	92
41	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	87
42	3	2	3	3	3	3	3	2	3	1	1	2	3	1	2	3	1	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	91
43	3	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2	2	1	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	92
44	2	2	1	2	2	1	3	2	3	1	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	1	3	3	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	3	2	87
45	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	1	2	1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	83
46	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	1	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	101
47	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	3	1	3	2	3	2	1	3	2	3	3	3	1	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	90
48	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	1	3	2	2	1	2	2	2	3	1	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	92
49	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	89
50	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	3	3	3	1	2	2	3	3	1	3	2	2	3	1	1	2	2	2	3	88	
51	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	3	1	3	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	84	
52	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	3	1	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	93
53	3	3	2	2	2	2	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	79
54	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	1	2	3	3	3	1	2	2	3	1	1	3	3	3	2	3	1	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	89
55	3	1	3	1	2	3	3	1	2	2	1	1	3	1	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	92	
56	3	2	2	3	2	2	2	3	1	3	2	2	3	3	2	2	1	2	2	3	2	2	1	2	3	1	2	3	3	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1	88	
57	3	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	87	
58	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	3	2	2	3	1	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	1	3	2	3	1	2	2	2	1	2	2	3	3	3	97	
59	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	94	
60	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	1	3	2	2	2	2	1	1	2	2	97	
61	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	1	3	2	3	3	3	2	3	1	1	3	1	3	2	3	1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	98	
62	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	1	1	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	89	
63	3	3	3	3	3	2	3	2	3	1	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	97
64	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	101
65	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	96	
66	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	3	2	89	
67	3	2	3	3	2	1	3	1	3	2	3	2	1	2	2	2	1	3	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	89	
68	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	96
69	2	3	2	3	3	3	3	2	3	1	2	2	2	2	2	3	2	3	1	2	2	1	3	3	3	3	1	3	2	1	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	87	
70	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	1	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	96	

71	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	96			
72	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	1	2	2	3	92		
73	3	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	2	1	2	2	1	1	3	3	2	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	1	2	1	3	1	91		
74	3	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	100			
75	2	2	1	2	2	1	3	3	3	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	96		
76	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	89		
77	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	99		
78	2	3	1	2	2	2	2	1	2	3	2	3	3	2	2	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1	94		
79	3	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	1	3	2	2	1	2	2	2	1	1	1	3	1	1	3	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	78	
80	3	2	1	2	1	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	74		
81	2	1	2	3	1	1	3	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	3	2	1	1	2	3	3	1	1	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	3	2	3	79		
82	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	1	2	3	2	2	1	1	2	2	94		
83	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	1	3	2	1	2	1	1	1	2	2	3	92	
84	3	3	2	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	1	3	3	1	3	1	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	91	
85	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	1	3	1	2	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	89		
86	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	1	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	94	
87	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	95		
88	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	3	2	90	
89	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	1	1	2	2	2	1	3	1	2	86		
90	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	3	3	93
91	2	1	2	3	1	3	3	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	89	
92	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	1	3	2	3	3	3	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	1	2	2	3	2	1	1	2	2	94	
93	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	94		
94	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	1	1	2	2	2	2	1	2	3	3	3	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	92	
95	3	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	2	3	2	2	2	1	3	2	2	1	2	3	3	1	3	1	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	91	
96	3	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2	2	1	2	2	3	3	2	2	3	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	89	
97	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	1	1	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	94	
98	3	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	2	3	2	2	3	1	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	95	
99	3	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	3	2	90	
100	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2	1	2	2	2	2	3	2	2	3	2	86	

RESULTADOS DEL INSTRUMENTO TOMA DE LA MUESTRA DE SANGRE

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	TOTAL		
1	3	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	60			
2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	2	1	1	2	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	62		
3	3	3	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	58		
4	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1	1	1	3	2	2	3	88	
5	3	3	3	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	2	3	3	1	3	1	2	1	3	1	2	2	1	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	78	
6	3	3	3	2	2	3	3	2	1	3	2	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	84
7	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	1	3	1	2	2	2	3	1	3	2	3	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	88
8	2	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	3	3	1	3	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	1	1	3	2	1	2	1	1	78	
9	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	1	3	1	2	1	1	1	2	1	59	
10	3	3	3	1	3	2	3	1	1	3	1	1	3	2	1	3	2	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	68	
11	1	2	1	1	1	3	3	3	1	2	3	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	62	
12	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	3	1	2	1	1	2	2	2	2	1	3	3	1	3	1	1	2	1	2	1	1	1	66	
13	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	3	2	1	1	2	3	2	2	2	1	94
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	1	2	1	2	2	1	2	3	3	2	1	2	3	2	1	1	1	92		
15	3	3	3	1	2	3	2	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	1	3	1	3	2	3	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	1	80
16	3	3	3	1	3	3	3	1	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	81	
17	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	78
18	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1	3	1	3	2	2	2	2	1	1	2	2	62	
19	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	3	2	2	3	77	
20	3	3	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	3	2	3	3	2	3	1	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	1	2	86	
21	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	2	3	1	1	1	2	1	1	2	2	3	3	2	1	2	2	2	3	1	1	66	
22	3	2	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	2	2	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	64	
23	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	48	
24	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	57	
25	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	69	
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	3	3	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	84
27	3	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	2	1	1	1	62	
28	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	1	1	1	3	3	3	1	2	1	1	2	1	2	1	1	3	1	3	1	3	1	1	2	1	2	1	1	81
29	3	1	1	3	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	3	2	3	3	2	3	2	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2	2	3	1	1	78		
30	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	1	3	2	1	3	1	1	3	2	1	2	2	2	3	3	2	1	2	1	1	3	1	1	90	
31	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	3	3	1	3	3	3	1	3	1	2	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3	1	3	1	1	3	1	1	80	
32	2	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	3	3	1	3	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	1	1	1	78
33	3	1	3	1	1	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	1	2	2	95	
34	3	1	1	1	1	3	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	3	3	2	3	1	1	1	3	2	2	3	69	

35	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	1	3	1	1	3	3	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	79			
36	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	81	
37	2	2	3	3	2	3	1	1	1	1	3	3	1	3	1	1	3	1	2	3	3	2	3	2	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	79		
38	2	3	3	2	1	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	62			
39	1	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	94		
40	3	2	2	3	2	3	3	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	1	3	3	1	2	3	3	3	3	3	1	3	1	2	1	2	1	1	92	
41	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	2	1	3	2	2	2	1	3	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	89		
42	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	1	2	1	2	1	1	94	
43	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	1	3	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	95
44	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	3	3	1	3	1	3	1	3	2	1	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	2	2	3	1	1	90	
45	3	3	2	3	1	1	1	3	3	1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	3	2	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	1	3	1	3	86	
46	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	84		
47	3	3	3	3	3	1	3	1	1	2	3	3	2	1	1	1	3	3	3	3	2	1	3	3	1	3	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	89	
48	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	1	1	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	1	2	2	1	1	2	2	94		
49	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	1	3	3	1	1	3	3	3	2	3	2	1	3	1	2	2	1	3	3	3	3	1	2	2	1	1	2	2	94		
50	3	2	3	3	3	3	3	2	3	1	1	2	1	3	3	3	3	1	1	2	3	2	3	2	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	1	1	1	3	2	2	3	92		
51	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1	3	1	3	2	3	3	3	1	2	3	1	2	3	3	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	84	
52	1	1	2	2	3	3	3	3	3	2	3	1	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	93	
53	3	3	3	2	3	3	2	2	3	1	2	1	1	3	1	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	3	3	1	3	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	79	
54	3	1	2	3	1	3	3	3	1	2	2	1	3	1	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	3	2	1	2	1	1	89		
55	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	1	78		
56	2	3	3	3	1	3	2	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	3	3	1	3	1	2	1	2	1	1	3	3	3	3	3	2	2	1	2	1	2	1	1	74	
57	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	3	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	87		
58	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	1	3	3	2	1	3	1	1	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	69		
59	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	1	3	1	2	1	2	3	2	2	2	3	3	2	1	1	2	1	2	1	1	94		
60	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	94	
61	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	2	1	3	2	2	2	3	3	1	3	1	1	2	1	1	3	1	1	92		
62	3	3	3	3	2	3	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	3	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	3	1	1	84	
63	3	3	2	3	1	1	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	1	1	1	93	
64	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	1	2	2	79		
65	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	3	2	3	2	2	3	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	2	2	74		
66	2	1	1	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1	1	2	3	2	2	1	1	3	2	2	3	68		
67	1	2	2	3	3	3	3	2	1	1	1	1	3	3	1	1	3	2	1	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	3	2	1	2	2	2	3	1	1	80		
68	3	2	1	3	2	3	3	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	1	2	2	1	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	92		
69	3	3	1	3	3	3	1	2	1	1	1	2	2	3	2	3	2	1	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	84		
70	2	2	1	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	3	1	2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3	2	1	2	1	1	93	

71	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	2	2	3	1	3	2	3	2	3	3	2	1	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1	2	1	1	1	2	1	92			
72	3	3	1	3	1	3	1	1	3	1	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	1	2	1	2	1	1	84			
73	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	3	2	1	1	3	3	3	3	3	3	1	3	1	2	2	1	3	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	93			
74	3	3	3	2	1	3	3	1	1	3	2	2	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	2	2	1	2	1	2	1	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	79			
75	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1	1	2	2	2	3	1	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	89		
76	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	1	3	1	2	3	1	3	2	3	1	1	3	1	2	2	1	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	89		
77	3	2	3	3	3	3	2	1	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	1	3	1	2	2	1	3	3	3	3	1	2	1	1	3	1	1	94		
78	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	1	1	2	2	3	3	3	3	3	1	3	2	3	2	3	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	1	3	1	1	3	1	1	94	
79	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	1	2	3	3	1	3	3	1	1	3	3	3	3	1	1	2	2	1	1	1	1	92	
80	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	1	2	1	3	1	1	1	1	3	3	3	1	2	2	1	3	2	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	84	
81	1	3	3	3	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	59		
82	3	1	2	3	1	3	3	3	1	1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	1	2	2	79		
83	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	3	1	1	3	1	1	1	2	2	2	1	3	3	1	3	1	1	1	3	2	2	3	89		
84	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	3	3	3	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2	2	3	1	1	92		
85	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	1	3	1	1	3	1	2	1	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	69	
86	3	1	1	1	1	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	3	1	1	3	2	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	62		
87	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	3	1	1	1	2	1	3	1	1	3	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	1	1	3	2	1	2	1	1	80
88	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	2	3	3	2	2	3	2	1	3	1	1	1	2	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	1	78	
89	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	2	1	2	1	1	2	1	3	1	3	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	74		
90	3	3	3	1	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	1	1	2	1	2	1	1	81	
91	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	2	3	1	1	3	1	2	2	1	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	94	
92	2	1	1	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	3	1	3	1	1	1	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	1	1	2	1	2	1	1	81		
93	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	1	1	1	3	1	3	1	3	3	2	3	2	1	3	2	1	2	3	1	3	1	3	1	2	2	2	3	1	1	88		
94	3	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	3	1	1	3	3	3	1	2	3	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	1	3	1	1	78	
95	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	3	3	2	2	3	1	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3	1	3	1	1	3	1	1	84		
96	3	1	2	1	2	1	3	1	1	2	1	3	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	1	3	1	1	1	3	1	2	2	1	3	3	3	3	1	2	2	1	1	1	1	70	
97	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	1	2	1	3	1	3	2	3	3	3	1	3	2	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	1	2	1	90	
98	2	3	2	1	1	3	3	1	3	1	1	2	2	3	3	3	3	1	3	2	2	2	3	3	1	2	3	1	1	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	1	2	1	84		
99	1	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	3	3	1	3	1	2	2	1	1	2	1	68
100	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	62		

ARTICULO CIENTIFICO

Cultura de seguridad del paciente y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral – Chancay, 2016

Culture of patient safety and blood sampling of personnel in the Health Network laboratories Huaral - Chancay, 2016

Autor: Giovanna Minaya Higinio

Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo (Lima)

yovalab6@yahoo.es

Resumen

Desde la aparición en 1999 del informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos "Error es humano", el tema de seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos.

En el presente estudio de la cultura de la seguridad del paciente que tienen los profesionales técnicos y Tecnólogos médicos de laboratorio permite establecer prioridades en los procesos de gestión y comunicación del error. Soria (2012). Método: el enfoque cuantitativo de tipo no experimental, transversal, correlacional y descriptivo, Se usaron dos cuestionarios con escala de Likert, basado en la encuesta de que analiza 9 dimensiones en total, contestaron 100 personales de laboratorio. Conclusiones: Se demostró que existe relación entre la Cultura de seguridad del paciente y la toma de muestra de Sangre en el personal de salud.

Palabras clave: Cultura de seguridad del paciente, Laboratorio, Toma de muestra.

Abstract

Since the 1999 report of the Institute of Medicine (IOM) "To err is human", the issue of patient safety has attracted the attention of the public, health care providers and policy makers at the international level.

In the present study of the culture of patient safety that have the technical professionals and laboratory medical technologists allows to establish priorities in the processes of management and communication of error. Soria (2012). Method: the quantitative approach of non-experimental type, transversal, correlational and descriptive, Two questionnaires with Likert scale were used, based on the survey that analyzes 9 dimensions in total, answered 100 laboratory personnel. Conclusions: It was demonstrated that there is a relationship between the Safety Culture of the patient and the taking of blood samples in the health personnel.

Key words: Patient safety culture, Laboratory, Sample taking.

INTRODUCCION

Según Melendez (1993) plantear un determinado problema se inicia cuando se identifica y describe la sintomatología observada y se determina la relevancia de la situación, buscando su relación con los orígenes que los inician (p.29).

El estudio de la cultura de la seguridad del paciente es actualmente un tema obligado que puede facilitar la retroalimentación de los sistemas de salud, con la posibilidad de implantar medidas de mejora basadas en la determinación de problemas concretos. La cultura de la seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones, en la que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo.(p.32)

El laboratorio clínico ha incrementado su participación en el apoyo al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las enfermedades y se ha convertido en una herramienta de apoyo muy importante para los equipos clínicos.

El gran volumen de las muestras y la variedad de exámenes que se realizan en

los laboratorios nos deben empujar a ser rigurosos en los controles de calidad interno, externo y en el control de distintas fases del proceso pre analítica, analítica y post analítica.

Uno de los puntos más críticos es la etapa pre analítica , diversos estudios demuestran que en esta etapa se comenten hasta el 70% de errores, por ello para obtener resultados de exámenes que reflejen el estado real del paciente es la correcta ejecución de los procedimientos de la toma de muestra y el personal capacitado para hacerlo.

Tienen como objetivo Identificar la relación que existe entre la cultura de la seguridad del paciente y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay, 2016

MATERIALES Y METODOS: El estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional la población y muestra fue de 100 entre técnicos y profesionales de Laboratorio. Mediante 1 cuestionario y una encuesta, ambas elaborada con escala de Liker. (Alvarado, 2014 p.200)

RESULTADOS: Se demuestra una correlación positiva de 0,304 y se indica que la Sig. (Significancia asintótica) señalada por SPSS es 0,002 menor a 0,05, en consecuencia: Existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de muestra en el personal de los laboratorios de la Red de Salud Huaral Chancay 2016

DISCUSION: Estos hallazgos se relacionan con Giménez (2013) con su tesis quién reportó mediante la aplicación de un cuestionario concluyó que a evaluación de la cultura y el discurso de directivos y gestores en relación con la seguridad del paciente permite identificar aspectos clave como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras. Por otro lado encontramos que Da Silva, De Souza y Saturno (2013) en su tesis, tuvieron como objetivo describir la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en una red de hospitales públicos, según las percepciones de los profesionales sanitarios, y analizar la asociación de factores sociolaborales. Estos resultados nos dan a entender que la relación entre la variable cultura de la seguridad del paciente según la dimensión Seguridad en el área de trabajo y la toma de muestra de sangre, la correlación es muy baja y por lo tanto se debe considerar que los ambientes donde se desarrollan las tomas de muestra de sangre no son las más adecuadas. De acuerdo con lo anterior, las proyecciones que hacen los

trabajadores de la salud acerca de la seguridad del paciente se relacionan principalmente con cambios en el contexto del ejercicio profesional (mejora en la distribución de recursos humanos y condiciones laborales adecuadas) mientras que los pacientes demandan más información clara, oportuna y precisa de las pruebas que se va a realizar en el laboratorio.

REFERENCIAS

- Alvarado C. (2014) *Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Ciencias Economicas Unidad de Posgrado.
- Da Silva Gama Zenewton André, De Souza Oliveira Adriana Catarina y Saturno Hernández Pedro Jesus (2013) *Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):283-293, fev, 2013
- Giménez Júlvez, Teresa (2013) *Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón*. Universidad de Zaragoza España.
- Méendez Méndez Concepción, Garza Hernández Rosalinda, González Salinas Fernanda, Castillo Castillo Santa, González García Sandra y Ruiz Hernández Evelia (2014) *Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México*. Rev Cuid 2014; 5(2): 774-81.
- Soria Etelvina del Milagro (2012) *Cultura de la seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos neonatales*. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.